

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST FINANZEN

1. MÄRZ 2019 — Gesetz zur Abänderung des Einkommensteuergesetzbuches 1992 im Hinblick auf die Erhöhung des Betrags der Steuerbefreiung zugunsten der freiwilligen Feuerwehrleute der öffentlichen Feuerwehrdienste und der freiwilligen Mitarbeiter beim Zivilschutz

PHILIPPE, König der Belgier,
Allen Gegenwärtigen und Zukünftigen, Unser Gruß!
Die Abgeordnetenkammer hat das Folgende angenommen und Wir sanktionieren es:

Artikel 1 - Vorliegendes Gesetz regelt eine in Artikel 74 der Verfassung erwähnte Angelegenheit.

Art. 2 - Artikel 38 § 1 des Einkommensteuergesetzbuches 1992, zuletzt abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 2018, wird wie folgt abgeändert:

1. Absatz 1 Nr. 12 wird wie folgt ersetzt:

„12. Zulagen für freiwillige Feuerwehrleute, Zulagen für freiwillige Krankenwagenfahrer für dringende medizinische Hilfeleistungen im Sinne von Artikel 1 des Gesetzes vom 8. Juli 1964 über die dringende medizinische Hilfe und Zulagen für freiwillige Mitarbeiter beim Zivilschutz bis zu 3.750 EUR,“.

2. Absatz 3 wird wie folgt ersetzt:

„Die in Absatz 1 Nr. 12 erwähnten Zulagen für Freiwillige und die in Absatz 1 Nr. 29 erwähnten Entlohnungen, die in Ausführung eines Flexi-Job-Arbeitsvertrags gezahlt oder zuerkannt werden, werden auf dem Berechnungsblatt vermerkt, das dem Steuerbescheid des Empfängers in Bezug auf die Steuer der natürlichen Personen beigelegt ist.“

Art. 3 - Vorliegendes Gesetz wird wirksam mit 1. Januar 2019.

Artikel 2 ist auf die ab dem 1. Januar 2019 gezahlten oder zuerkannten Zulagen anwendbar.

Wir fertigen das vorliegende Gesetz aus und ordnen an, dass es mit dem Staatssiegel versehen und durch das *Belgische Staatsblatt* veröffentlicht wird.

Gegeben zu Brüssel, den 1. März 2019

PHILIPPE

Von Königs wegen:

Der Vizepremierminister und Minister der Finanzen

A. DE CROO

Mit dem Staatssiegel versehen:

Der Minister der Justiz

K. GEENS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2020/41295]

13 MEI 2020. — Koninklijk besluit nr. 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Ik heb de eer U hierbij een ontwerp van koninklijk besluit nr 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor te leggen.

Bij wet van 27 maart 2020 heeft de wetgever aan de Koning bijzondere machten verleend om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het Coronavirus COVID-19. Het betreft maatregelen om de directe en indirecte gevolgen van de COVID-19 pandemie voor de verplichte verzekering op te vangen.

Overeenkomstig artikel 2 van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II) beoogt het ontwerp van besluit het mogelijk te maken de toegang tot de noodzakelijke zorgen te waarborgen teneinde te reageren op de coronavirus COVID-19 epidemie of pandemie en de gevolgen ervan op te vangen, meer bepaald deze gelieerd aan het garanderen van de volksgezondheid gelet op de inperkingsmaatregelen.

De maatregelen beogen om het mogelijk te maken dat in het licht van de huidige context de noodzakelijke zorgen verstrekt worden aan de patiënt. Deze maatregelen vereisen een dringende juridische formalisering opdat de continuïteit van de zorg en de rechtszekerheid voor de verschillende partners van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gewaarborgd worden. Het geheel van de maatregelen beoogt de belangen van de patiënten te beschermen en kan geen afbreuk aan hun rechten tot gevolg hebben.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2020/41295]

13 MAI 2020. — Arrêté royal n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

RAPPORT AU ROI

Sire,

J'ai l'honneur de vous présenter un projet d'arrêté royal n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé.

Par la loi du 27 mars 2020, le législateur a conféré au Roi des pouvoirs spéciaux pour prendre des mesures de lutte contre la propagation du Coronavirus COVID-19. Ceci concerne des mesures pour appréhender les conséquences directes et indirectes de la pandémie COVID-19 pour l'assurance obligatoire.

Conformément à l'article 2 de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II), l'arrêté en projet vise à permettre de garantir l'accessibilité aux soins nécessaires afin de réagir à l'épidémie ou à la pandémie du coronavirus COVID-19 et d'en gérer les conséquences, notamment celles liées à la garantie de la santé publique suite aux mesures de confinement.

Les mesures visent à permettre que les soins nécessaires au regard de la situation actuelle soient fournis au patient. Ces mesures exigent une formalisation juridique urgente pour garantir la continuité des soins et une sécurité juridique pour les différents partenaires de l'assurance soins de santé. L'ensemble des mesures visent à préserver les intérêts du patient et ne peuvent avoir pour effet de diminuer leurs droits.

Artikel 6, tweede lid, van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II) voorziet in de mogelijkheid om de wettelijke of reglementaire adviezen niet in te winnen dan wel deze binnen een kortere termijn in te winnen. In het kader van de voorbereiding van huidig ontwerp werd de moeilijkheid vastgesteld voor deze organen om in de huidige context te vergaderen. Voor sommige procedures zijn de besluitvormingsorganen schriftelijk geraadpleegd kunnen worden of is er overleg geweest zonder fysiek contact. In de reglementaire bepalingen die de werking van die organen regelen en de huishoudelijke reglementen is die mogelijkheid echter niet altijd voorzien of slechts voor minder belangrijke zaken. Daarnaast is formeel overleg op afstand om praktische of reglementaire redenen niet altijd mogelijk geweest. Om de besluitvorming niet te blokkeren hebben afwijkingen van de formele overlegprocedures plaatsgevonden zonder evenwel het overleg met de stakeholders uit te schakelen. Er heeft in de plaats daarvan of aanvullend informeel overleg plaatsgevonden met de stakeholders, in het bijzonder de ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de zorgverleners voor deze materies.

TITEL 1. — ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 van het ontwerp schorst alle termijnen die zijn voorzien bij of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de afdelingen, hoofdstukken en titels weergegeven in het artikel (termijnen betreffende de uitkerings- en moederschapsverzekering en de controlediensten). Dit betreft bijv. termijnen die zijn voorzien in procedures tot wijziging van lijsten van vergoedbare verstrekkingen, termijnen die instanties zoals commissies en raden opgericht in de schoot van het Riziv dienen na te leven bij individuele beslissingen maar ook termijnen die de rechthebbenden dienen na te leven in het kader van aanvragen tot terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen, aanvragen tot inschrijving bij een ziekenfonds of aanvragen om bepaalde statuten te genieten, zoals het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Teneinde de toegankelijkheid voor de patiënten te beschermen, en de bedrijven tegelijk te beschermen tegen onbedoelde en ongewenste beslissingen, wordt in het bijzonder voorgesteld om, in deze uitzonderlijke omstandigheden, voor een nog te bepalen maar beperkte periode de kalender van de verschillende procedures te schorsen. Dit betekent concreet dat de procedurestappen kunnen worden gezet voor zover mogelijk, maar dat de overschrijding van een termijn geen impact kan hebben voor de betrokken partijen. De bindende termijnen beginnen pas opnieuw te lopen op het ogenblik dat de schorsing wordt opgeheven.

Bij koninklijk besluit van 27 maart 2020 werd reeds voorzien in de stopzetting van de kalenders die de termijnen bepalen voor de uitvoering van de procedures tot wijziging van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en van de lijst van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Uit de wettelijke basis van deze procedures (artikel 35bis, §§ 3, 6 en 8 en artikel 35septies/2, §§ 5, 6/1, 7 en 8 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994), kan men besluiten dat een schorsing van de termijnen enkel mogelijk is om bijkomende inlichtingen te vragen. Om die reden is het aangewezen om die maatregel via dit besluit te bevestigen. Bovendien is het nodig om ook andere procedures te schorsen die niet worden beoogd door het voormelde koninklijk besluit van 27 maart 2020, zoals die tot wijziging van de lijst van vergoedbare radiofarmaceutische producten.

De korte termijn binnen dewelke het koninklijk besluit van 27 maart 2020 is moeten worden opgesteld, heeft bovendien geleid tot een vergissing in de Franse vertaling en een onnauwkeurigheid in de gebruikte termen.

Uit de termen van de nota CGV 2020/073 blijkt duidelijk dat het de bedoeling was om een schorsing van de termijnen te voorzien en geen stuiting:

“Teneinde de toegankelijkheid voor de patiënten te beschermen, en de bedrijven tegelijk te beschermen tegen onbedoelde en ongewenste beslissingen, wordt voorgesteld om, in deze uitzonderlijke omstandigheden, met ingang van 13 maart 2020 middernacht voor een nog te bepalen maar beperkte periode een absolute clock-stop in te voeren voor alle procedures. Deze methode vermindert de vertraging in de besluitvorming tot het minimum, zonder het proces zelf of de verantwoordelijkheden of bevoegdheden binnen die processen te hypothekeren. Het herstellen van onbedoelde of ongewenste wijzigingen van de lijsten van vergoedbare specialiteiten of van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, vergt immers een nieuwe procedure die in elk geval aanzienlijk meer tijd zou vergen.”

In rechte :

- De schorsing (suspension in FR) stopt tijdelijk het verloop van een termijn zonder de reeds verlopen termijn uit te wissen;

- De stuiting (interruption in FR) doet een nieuwe termijn lopen vanaf de datum van de akte van stuiting.

L'article 6, alinéa 2, de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II) prévoit la possibilité de ne pas recueillir des avis légalement ou réglementairement requis ou de les recueillir dans un délai abrégé. L'on a dû constater dans le cadre de la préparation du présent projet la difficulté pour ces organes de se réunir vu les circonstances actuelles. Pour certaines procédures, les organes de décisions ont pu être consultés par écrit ou se concerter sans contact physique. Dans les dispositions réglementaires qui régissent le fonctionnement de ces organes et dans les règlements d'ordre intérieur, cette possibilité n'est toutefois pas toujours prévue ou seulement pour des affaires de moindre importance. En outre, une concertation formelle à distance n'a pas toujours été possible pour des raisons pratiques ou réglementaires. Pour ne pas bloquer le processus de décision, des dérogations aux procédures de concertation formelle ont dû s'opérer sans toutefois neutraliser la concertation avec les stakeholders. En lieu et place de celles-ci ou en complément, des concertations informelles ont eu lieu avec les stakeholders, en particulier les mutualités et les représentants des dispensateurs de soins pour ces matières.

TITRE 1^{er}. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L'article 1^{er} du projet suspend tous les délais qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des sections, chapitres et titres repris dans l'article (délais relatifs à l'assurance indemnités et maternité et aux services de contrôles). Ceci concerne par exemple des délais prévus dans les procédures de modification des listes de prestations remboursables, des délais qui doivent être respectés par des organes, comme les commissions et conseils, institués au sein de l'INAMI lors des décisions individuelles mais aussi des délais que les bénéficiaires doivent respecter dans le cadre des demandes de remboursement de prestations de soins, de demandes d'inscription auprès d'un organisme assureur ou de demandes pour bénéficier de certains statuts, comme le droit à l'intervention majorée.

Afin de protéger l'accessibilité des patients, et de protéger simultanément les firmes contre des décisions intempestives et non-souhaitées, il est notamment proposé, dans ces circonstances exceptionnelles, pour une période encore à définir mais limitée, de suspendre le calendrier des différentes procédures. Ceci implique concrètement que les étapes de procédures peuvent être fixées dans la mesure du possible, mais que le dépassement d'un délai ne peut avoir d'impact pour les intervenants. Les délais contraignants recommencent à courir seulement au moment où la suspension est levée.

Par arrêté royal du 27 mars 2020, une mise à l'arrêt des calendriers qui déterminent les délais pour l'exécution des procédures de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs a déjà été prévue. Des bases légales de ces procédures (article 35bis, §§ 3, 6 et 8 et article 35septies/2, §§ 5, 6/1, 7 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994), l'on pourrait conclure qu'une suspension des délais n'est possible qu'en cas de demande de renseignements complémentaires. Pour cette raison, il est souhaitable de confirmer cette mesure par le présent arrêté. En outre, il est nécessaire de suspendre d'autres procédures qui ne sont pas visées par l'arrêté précité du 27 mars 2020, comme la procédure de modification de la liste des produits radio-pharmaceutiques remboursables.

En outre, le court délai dans lequel l'arrêté royal du 27 mars 2020 a dû être rédigé à entraîner une erreur dans la traduction française et une imprécision dans les termes utilisés.

Il ressort bien des termes de la note CSS 2020/073 que l'intention était de prévoir une suspension et non une interruption des délais :

« Afin de protéger l'accessibilité des patients, et de protéger simultanément les firmes contre des décisions intempestives et non-souhaitées, il est proposé, dans ces circonstances exceptionnelles, avec effet au 13 mars 2020 minuit pour une période encore à déterminer mais limitée d'introduire un clock-stop pour toutes les procédures. Cette méthode réduit le retard dans le processus de décision au minimum, sans hypothéquer le processus même ou les responsabilités ou compétences dans ces processus. La réparation de modifications intempestives ou non-voulues de la liste des spécialités remboursables ou des implants et dispositifs médicaux invasifs, réclame une nouvelle procédure qui serait en tout cas plus chronophage. »

En droit :

-La suspension (schorsing en NL) arrête temporairement le cours d'un délai sans effacer le délai déjà couru ;

-L'interruption (stuiting en NL) fait courir un nouveau délai à la date de l'acte interruptif.

In casu en ondanks de redactie van de tekst, werd wel degelijk een schorsing beoogd.

Dit kan trouwens worden afgeleid uit het feit dat een periode (van schorsing) is voorzien door de tekst.

Op het einde van de crisisperiode zullen de termijnen bijgevolg hernemen op het ogenblik waarop ze werden geschorst (namelijk op 13/3/2020 om middernacht).

Een regularisatie en uitbreiding van de tekst van het koninklijk besluit van 27 maart 2020 om elke onduidelijkheid betreffende de wettelijke basis en de gebruikte terminologie weg te nemen is opportuun.

Om redenen van goed beheer zullen de procedurele stappen die kunnen worden gezet tijdens de crisis ook worden gezet en dit:

- om te vermijden dat nieuwe terugbetalingen waarvoor er een akkoord zou zijn worden geblokkeerd tot het einde van de situatie;
- om het effect van de opstopping en de hoeveelheid dossiers waarvoor er een achterstand zal in te halen zijn op het einde van de crisis te beperken.

De termijnen worden evenwel geschorst voor alle tussenkomende partijen en er dient ook rekening te worden gehouden met de impact van de crisis voor de bedrijven die de terugbetaling vragen.

Dit impliceert concreet dat de procedurehandelingen aan weerskanten kunnen worden gesteld maar dat de overschrijding van een termijn geen impact zal kunnen hebben voor de tussenkomende partijen.

Bepaalde termijnen kunnen ook voortvloeien uit de vergoedingsvoorwaarden die zijn vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, in andere reglementaire bepalingen of in overeenkomsten. Voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen is bijv. voorzien dat deze binnen een bepaalde termijn moeten worden verleend of dat de zorgverlener binnen een bepaalde termijn de aanvraag voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering moet indienen of bepaalde gegevens moet overmaken. Het betreft bijv. ook voorschriften van artsen en akkoorden van de adviserend artsen die slechts een beperkte geldigheidsduur hebben. Tengevolge van de COVID-19 pandemie kan het echter onmogelijk zijn om die termijnen en voorwaarden te respecteren. Niet-dringende behandelingen dienen immers te worden uitgesteld en zorgverleners hebben hun handen vol met het verlenen van dringende zorgen waardoor administratieve verplichtingen niet tijdig kunnen gebeuren. Om te vermijden dat patiënten geen of een lagere terugbetaling krijgen kan het nodig zijn om bepaalde termijnen die zijn voorzien in de reglementering of in overeenkomsten te schorsen of te verlengen.

Telkens dit mogelijk zal zijn, zullen de aanpassingen van de termijnen worden gepreciseerd in een specifieke bepaling, maar het lijkt opportuun om deze aan te vullen met een algemene bepaling om de belangen van alle partners zo goed mogelijk te bewaren vermits de volledigheid van de analyses niet kan worden gewaarborgd onder de huidige voorwaarden.

Artikel 2 beoogt de continuïteit van de werking van de bij of krachtens de wet ingestelde instanties zoals commissies en raden te verzekeren.

Deze maatregelen worden verklaard door de moeilijkheid voor deze instanties om in de huidige context te vergaderen.

In het algemeen kunnen de beoogde procedurele afwijkingen betrekking hebben op de processen waarmee de tijdelijke maatregelen worden aangenomen alsook op de processen waarmee deze tijdelijke maatregelen zullen worden beëindigd.

Deze uitzonderingen kunnen ook betrekking hebben op het proces voor het aannemen van niet-tijdelijke maatregelen. Het is dus denkbaar dat een definitieve inschrijving van een verstrekking tot terugbetaling (handeling van een zorgverlener, farmaceutische specialiteit, medisch hulpmiddel) zinvol is tijdens de toepassingsperiode van de huidige maatregelen, maar wordt geblokkeerd door de onmogelijkheid om formele vergaderingen van de organen te houden. Het lijkt ongepast om elke structurele verbetering in de tenlasteneming van zorg te blokkeren gedurende een periode waarvan de tijdsduur nog niet bekend is.

In het eerste lid wordt de mogelijkheid om gebruik te maken van schriftelijke procedures veralgemeend.

Voor sommige procedures is het inderdaad mogelijk dat de besluitvormingsorganen schriftelijk worden geraadpleegd of overleggen zonder fysiek contact. In de reglementaire bepalingen die de werking van die organen regelen en de huishoudelijke reglementen is die mogelijkheid echter niet altijd voorzien of slechts voor minder belangrijke zaken. Artikel 2 voorziet de mogelijkheid om op die manier te werken voor elk orgaan, ongeacht de wettelijke of reglementaire bepalingen die normaal van toepassing zijn.

Dans le cas d'espèce et malgré la rédaction du texte, c'est bien une suspension qui a été envisagée.

Ceci est d'ailleurs induit par le fait qu'une période (de suspension) est prévue par le texte.

Par conséquent, à la fin de la période de crise, les délais reprendront au moment où ils ont été suspendus (à savoir le 13/3/2020 à minuit).

Une régularisation et extension du texte de l'arrêté royal du 27 mars 2020 afin de lever toute ambiguïté quant à la base légale et au vocabulaire utilisé s'avère opportune.

Pour des raisons de bonne gestion, les démarches procédurales qui pourront être posées pendant la crise le seront et ce :

- pour éviter de bloquer jusqu'à la fin de la situation les nouveaux remboursements sur lesquels il y aurait un accord;
- pour limiter l'effet d'engorgement et maîtriser la quantité de dossiers pour lesquels un arriéré sera à résorber à la fin de la crise.

Toutefois, les délais sont suspendus pour tous les intervenants et il conviendra de tenir compte également des impacts de la crise pour les firmes qui sollicitent le remboursement.

Concrètement, cela implique que les actes de procédure peuvent être posés de part et d'autre mais que le dépassement d'un délai ne pourra avoir d'impact sur aucun des intervenants.

D'autres délais peuvent découler des conditions de remboursement qui sont fixées dans la nomenclature des prestations de santé, dans d'autres dispositions ou dans des conventions. Pour certaines prestations de soins il est par exemple prévu qu'elles doivent être effectuées dans un délai déterminé ou que le dispensateur de soins doit introduire sa demande pour une intervention de l'assurance obligatoire ou communiquer certaines informations. Ceci concerne aussi par exemple certaines prescriptions des médecins ou des accords des médecins-conseils qui ont une durée de validité déterminée. Suite à la pandémie du COVID-19, il peut cependant s'avérer impossible de respecter les délais et conditions. Des traitements non-urgents doivent en effet être reportés et les dispensateurs de soins sont concentrés sur les soins urgents, ce qui implique que les obligations administratives ne peuvent pas être réalisées à temps. Pour éviter que les patients n'obtiennent pas de remboursement ou reçoivent un remboursement inférieur, il peut s'avérer nécessaire de suspendre ou de prolonger certains délais qui sont prévus par la réglementation ou dans des conventions.

A chaque fois que ce sera possible, les adaptations des délais seront précisées dans une disposition particulière mais il semble opportun de compléter celles-ci d'une disposition générale pour préserver au mieux les intérêts de l'ensemble des partenaires puisque l'exhaustivité des analyses ne peut être garantie dans les conditions actuelles.

L'article 2 vise à garantir la continuité du fonctionnement des organes, comme les commissions et conseils, prévus par ou en fonction de la loi.

Ces mesures s'expliquent par la difficulté pour ces organes de se réunir dans les circonstances actuelles.

De manière générale, les dérogations procédurales envisagées peuvent viser les processus d'adoption des mesures temporaires ainsi que les processus par lesquels il sera mis fin à ces mesures temporaires.

Elles peuvent également toucher des processus d'adoption de mesures non-temporaires. Il peut ainsi se concevoir qu'une inscription définitive d'une prestation au remboursement (acte d'un dispensateur de soins, spécialité pharmaceutique, dispositif médical) fasse sens pendant la période d'application des présentes mesures mais soit bloquée par l'impossibilité de réunion formelle des organes. Il semble inopportun de bloquer tout progrès structurel dans la prise en charge des soins pendant une période dont la durée n'est pas encore connue.

L'alinéa 1^{er} généralise la faculté de recourir à des procédures écrites.

Pour certaines procédures, il est en effet envisageable que les organes de décisions soient consultés par écrit ou se concertent sans contact physique. Dans les dispositions réglementaires qui règlent le fonctionnement de ces organes et dans les règlements d'ordre intérieur, cette possibilité n'est toutefois pas toujours prévue ou seulement pour des affaires de moindre importance. L'article 2 prévoit la possibilité de fonctionner de la sorte pour tout organe indépendamment des dispositions légales ou réglementaires normalement applicables.

Evenwel is het mogelijk dat bepaalde procedures niet sereen kunnen verlopen als ze schriftelijk of zonder fysiek contact worden gevoerd, in welk geval er gewacht zal moeten worden tot het einde van de in artikel 1 bedoelde schorsingsperiode indien persoonlijke ontmoetingen niet mogelijk zijn en de omstandigheden een beroep op de in het tweede lid bedoelde regels niet rechtvaardigen.

Het tweede lid voorziet in een mogelijkheid om de adviestertermijnen te verkorten en af te wijken van formele raadplegingen.

In de eerste plaats wordt voorzien om, indien de omstandigheden dit vereisen, de termijnen voor formele raadplegingen te verkorten zodat snel rekening kan worden gehouden met behoeften die zich stellen.

Daarnaast kunnen zich ook situaties voordoen waarin ook een vergadering op afstand niet mogelijk is omdat de leden ziek zijn of niet beschikbaar zijn wegens hun activiteiten als zorgverlener, hetgeen er onder andere toe kan leiden dat de vereiste quorums niet kunnen worden bereikt. Om de besluitvorming niet te blokkeren in dergelijke gevallen wordt ook een afwijking voorzien van de verplichting om bepaalde instanties te raadplegen.

Het afwijken van formele overlegprocedures heeft niet tot oogmerk om het overleg met de stakeholders uit te schakelen, maar om te garanderen dat de beslissingen die moeten worden genomen, genomen kunnen worden. Voor alle beoogde maatregelen zal er minstens informeel overleg plaatsvinden met de stakeholders, in het bijzonder de ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de zorgverleners van de betrokken materies.

Het is van essentieel belang dat de continuïteit van de zorg kan worden gegarandeerd en dat de procedures kunnen worden gevoerd, zodat elke vooruitgang in de zorg die ter beschikking wordt gesteld van de rechthebbenden niet wordt geblokkeerd tijdens de periode waarin de mogelijkheid om de organen formeel bijeen te brengen, wordt beperkt.

Uiteraard zal alles in het werk worden gesteld om ervoor te zorgen dat de vereiste raadplegingen, op zijn minst informeel, worden gehandhaafd, maar het lijkt passend om te voorzien in de mogelijkheid om het onvermogen om dit formeel te doen te compenseren, teneinde een verlamming te voorkomen die nadelig zou zijn voor de rechthebbenden.

Het is uiteraard zo dat een evaluatie van de proportionaliteit en een belangenafweging moet worden uitgevoerd voor de tenuitvoerlegging van deze afwijkingen die alleen "indien nodig" zullen kunnen plaatsvinden.

TITEL 2. — ZUURSTOFCONCENTRATOREN

De opname in de vergoedbaarheid van de nieuwe oxyconcentratoren van de firma SOS Oxygène is gepland om het aanbod van vergoedbare oxyconcentratoren op de markt te vergroten. Er is in het veld een grote vraag naar oxyconcentratoren (en zuurstof in al zijn vormen) en de opname in de vergoedbaarheid van deze nieuwe apparaten maakt het mogelijk om gedeeltelijk tegemoet te komen aan een aantal belangrijke en dringende behoeften veroorzaakt door de COVID-19-infecties.

TITEL 3. — CONTINUÏTEIT VAN ZORG

De maatregelen in de artikelen 4 tot en met 18 zijn voorstellen opgesteld in overleg met de partners op hun vraag of nadat de vertegenwoordigers van de zorgverleners of de verzekeringsinstellingen het RIZIV hebben gecontacteerd over de problemen om continuïteit van noodzakelijke zorg te verlenen in het kader van de maatregelen tot inperking van de verspreiding van het virus. Voor elke opgenomen maatregel hebben virtuele vergaderingen plaatsgehad met de betrokken beroepsorganisaties (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, logopedisten, vroedvrouwen, ziekenhuisfederaties) en met de verzekeringsinstellingen. Voor de maatregelen m.b.t. de verkorte bestraling bij borstkankerpatiënten en het bijzonder toezicht op patiënten met COVID-19 heeft tevens een voorbereidend overleg plaatsgevonden met een afvaardiging van de Technische geneeskundige raad. Deze vergaderingen op afstand gebeurden enerzijds met elke betrokken partij afzonderlijk of in gezamenlijke vergaderingen. Het resultaat ervan werd aan de deelnemers bezorgd.

De maatregelen in de artikelen 22 tot en met 28 zijn voorstellen van het College van artsen-directeuren dat krachtens artikel 23 § 2, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bevoegd is om advies te geven over de in dat lid bedoelde nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen en dat krachtens artikel 23 § 3 van dezelfde wet bevoegd is om ontwerpen van revalidatieovereenkomsten en ontwerpen van overeenkomsten met de gecoördineerde multidisciplinaire zorgcentra op te maken en voor te leggen aan het Verzekeringscomité.

De voorstellen zijn dikwijls tot stand gekomen op vraag van de betrokken zorgverleners, revalidatie-inrichtingen en centra die gecoördineerde multidisciplinaire zorg-programma's verlenen of zijn tot stand gekomen nadat deze zorgverleners en inrichtingen bepaalde problemen waarmee ze kampen aan het Riziv hebben gesignaleerd.

L'on notera toutefois qu'il est possible que certaines procédures ne puissent se dérouler sereinement par écrit ou sans contact physique et que dans ce cas, il conviendra d'attendre la fin de la période de suspension visée à l'article 1^{er} si les réunions en présentiel ne sont pas possibles et si aucune circonstance ne justifie d'avoir recours aux règles visées à l'alinéa 2.

L'alinéa 2 prévoit une faculté de réduire les délais d'avis et une possibilité de déroger aux consultations formelles.

Tout d'abord, si les circonstances le requièrent, il est prévu que les délais pour les consultations formelles puissent être abrégés afin de permettre de prendre en compte rapidement les nécessités qui se feraient jour.

En outre, il peut également se produire des situations où une réunion à distance n'est pas possible parce que les membres sont malades ou ne sont pas disponibles en raison de leur activité comme dispensateur de soins, ce qui peut notamment avoir pour effet de ne pas permettre d'atteindre les quorums requis. Pour ne pas bloquer le processus de décision dans ces cas de figure, une dérogation à l'obligation de consulter les organes est également prévue.

La dérogation aux procédures de concertation formelle ne vise pas à neutraliser la concertation avec les stakeholders mais à garantir que les décisions qui doivent être prises puissent l'être. Pour toutes les mesures envisagées, des concertations informelles auront à tout le moins lieu avec les stakeholders, en particulier les mutualités et les représentants des dispensateurs de soins pour la matière concernée.

Il est essentiel que la continuité des soins puisse être garantie et que les procédures puissent aboutir afin que toute avancée vis-à-vis des soins mis à disposition des bénéficiaires ne soit pas bloquée pendant la période où la possibilité de réunir formellement les organes sera restreinte.

Il va de soi que tous les efforts seront déployés pour permettre de maintenir au mieux les concertations requises, à tout le moins de manière informelle, mais il semble opportun de prévoir une possibilité de pallier l'impossibilité de le faire formellement pour éviter une paralysie préjudiciable aux bénéficiaires.

Il conviendra bien entendu qu'un examen de proportionnalité et une balance d'intérêt soit opérée pour mettre en œuvre ces dérogations qui ne pourront avoir lieu que « si nécessaire ».

TITRE 2. — OXYCONCENTRATEURS

L'admission au remboursement de nouveaux oxyconcentrateurs de la firme SOS Oxygène est prévue afin d'augmenter l'offre sur le marché des oxyconcentrateurs pouvant faire l'objet d'un remboursement. On constate sur le terrain une forte demande pour les oxyconcentrateurs (et l'oxygène sous toutes ses formes) et l'admission au remboursement de ses nouveaux appareils permet de répondre en partie aux besoins importants et urgents générés par les infections par le COVID-19.

TITRE 3. — CONTINUÏTE DES SOINS

Les mesures énoncées aux articles 4 à 18 inclus sont des propositions rédigées en concertation avec les partenaires à leur demande ou après que les représentants des dispensateurs de soins ou les organismes assureurs aient pris contact avec l'INAMI au sujet des problèmes de continuité de soins nécessaire dans le cadre des mesures prises contre la propagation du virus. Pour chaque mesure adoptée, des réunions virtuelles ont eu lieu avec les organisations professionnelles concernées (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, logopédistes, sages-femmes, fédérations hospitalières) et avec les organismes assureurs. Une concertation préparatoire avec une délégation du Conseil technique médical a également eu lieu pour les mesures relatives à la radiothérapie hypofractionnée des patients atteints d'un cancer du sein et à la surveillance particulière des patients atteints de COVID-19. Ces réunions à distance ont eu lieu soit avec chaque partie concernée individuellement, soit dans le cadre de réunions conjointes. Le résultat a été remis aux participants.

Les mesures énoncées aux articles 22 à 28 inclus sont des propositions du Collège des médecins directeurs qui, en vertu de l'article 23, § 2, 2^{ème} alinéa, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, est compétent pour donner un avis sur la nomenclature des prestations de rééducation visée audit alinéa et qui, en vertu de l'article 23, § 3, de la même loi, est compétent pour élaborer et soumettre au Comité de l'assurance des projets de conventions de rééducation et des projets de conventions avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés.

Les propositions ont souvent été élaborées à la demande des prestataires de soins, des établissements de rééducation et des centres dispensant des programmes de soins multidisciplinaires coordonnés, ou sont nées après que ces prestataires et établissements aient signalé à l'INAMI certains problèmes auxquels ils sont confrontés.

Artikel 4 legt de algemene bepalingen vast van de specifieke verstrekkingen in het kader van de COVID-19-crisis.

Artikel 5 laat het gebruik toe van verkorte bestralingsschema's (hypofractionnering) voor patiënten met borstkanker waarvoor een verkort bestralingsschema van 5 fracties (hypofractionnering) een veilig en volwaardig alternatief is op basis van de huidige beschikbare wetenschappelijke evidentie en wanneer de gebruikelijke bestralingsschema's niet aangewezen of niet mogelijk zijn.

Het bestralen van een selectie van patiënten via verkorte bestralingsschema's (hypofractionnering) maakt deel uit van de COVID-19 noodplanning van verschillende ziekenhuizen.

De gebruikte toestellen en het beschikbaar personeel kunnen op die manier zo optimaal mogelijk ingezet worden, wat een opsplitsing mogelijk maakt tussen toestellen en zorgteams voor patiënten met COVID-19 en de COVID-19-vrije patiënten. Bovendien zullen patiënten zich minder frequent naar het ziekenhuis verplaatsen, wat bijdraagt tot het vermijden van de verspreiding van het virus.

De COVID-19-crisis heeft de manier van werken in de ziekenhuizen grondig gewijzigd, zowel op vlak van infrastructuur en logistieke organisatie als op vlak van inzet van personeel, verpleegkundigen en arts-specialisten. Daarnaast vergt de verzorging van met het virus besmette patiënten een buitengewone inspanning. Om aan die gewijzigde werkomstandigheden tegemoet te komen en de inspanningen correct te vergoeden, voorziet **artikel 6** een reeks nieuwe specifieke verstrekkingen voor de verzorging op intensieve zorg en op de specifieke COVID-19-afdelingen.

Artikel 6, § 1, zorgt met het voorzien van een specifieke code dat de COVID-19-patiënten geïdentificeerd worden ten einde toe te laten de nieuwe verstrekkingen op intensieve zorgen en de specifieke COVID-19-afdelingen te kunnen terugbetalen. Een COVID-19-patiënt wordt gedefinieerd conform de gevalsdefinitie van Sciensano. De code 793800 is enkel bedoeld ter identificatie van COVID-19-patiënten. Die code laat toe dat andere verstrekkingen bijkomend kunnen aangerekend worden voor deze patiënten waarvoor de verzorging een buitengewone inspanning, zowel fysiek als psychisch vergt.

De afdelingen intensieve zorg zijn meer dan ooit de "hotspots" binnen de ziekenhuizen en de meeste hebben hun capaciteit moeten verhogen, onder meer door andere afdelingen (recovery-afdelingen en 'gewone' afdelingen) geheel of gedeeltelijk aan te passen, zodat die ook dienst kunnen doen als afdelingen voor intensieve zorg. Uiteraard bracht dat een andere toewijzing van mensen en middelen met zich mee en een grote uitbreiding van de capaciteit.

COVID-19-patiënten op intensieve zorg vergen veel langduriger beademing dan gebruikelijk. Het gaat vaak over minstens 2 weken. Om aan te sluiten aan deze realiteit zijn hiervoor twee specifieke verstrekkingen voorzien via **artikel 6, § 2**.

Er werden specifieke COVID-19-afdelingen opgericht die fysiek gescheiden zijn van andere afdelingen. De patiënten die er verblijven vragen een meer intensieve en specifieke aanpak, in het kader van zowel de COVID-19-pathologie als de veiligheids- en hygiënevoorschriften, die voor de zorg voor die patiënten vereist is.

De patiënten verblijven er gemiddeld veel langer dan gebruikelijk. De zorg is er tevens veel meer belastend. Daarom voorziet **artikel 6, § 3**, hiervoor in nieuwe verstrekkingen betreffende de installatie en toezicht voor de gecontroleerde of geassisteerde kunstmatige beademing, het continue toezicht op de vitale en niet-vitale functies, het continue toezicht op de hartfunctie en de metingen van het hartdebiet en **artikel 6, § 4**, in een bijkomend honorarium voor het toezicht op een gehospitaliseerde COVID-19-patiënt.

Artikel 6, § 5, voorziet dat deze verstrekkingen enkel in algemene ziekenhuizen kunnen aangerekend worden.

Artikel 7 omvat de principes die moeten nageleefd worden om zorg op afstand verlenen.

De **artikelen 8 tot en met 13** voorzien in de creatie van specifieke verstrekkingen op afstand alsook toepassingsregels behorende tot de artsen, tandartsen en kinesitherapeuten.

Artikel 8 voorziet specifieke verstrekkingen die toelaten dat artsen een telefonische triage (§ 1) uitvoeren van patiënten met symptomen van een mogelijke besmetting met COVID-19 en telefonisch advies (§ 2) geven aan andere patiënten met het oog op het behoud van continuïteit van zorg.

De notie telefonische oproep dekt synchrone communicatiemiddelen met inbegrip van videocommunicatie.

Artikel 8, § 3, legt de toepassingsregels voor deze verstrekkingen vast.

Artikel 9 voorziet in specifieke verstrekkingen voor psychiaters en kinder- en jeugdpsychiaters. Patiënten met psychiatrische of psychotherapeutische follow-up kunnen hun behandeling slechts zelden opschorten zonder ernstig risico voor hun geestelijke gezondheid. De COVID-19-crisis maakt dat risico voor de meest kwetsbare personen

L'article 4 fixe les dispositions générales des prestations spécifiques dans le cadre de la crise COVID-19.

L'article 5 autorise l'utilisation de la radiothérapie hypofractionnée pour les patients atteints d'un cancer du sein pour lesquels un schéma d'irradiation hypofractionné de 5 fractions constitue une alternative sûre et suffisamment efficace, sur base des preuves scientifiques actuelles, et à condition que les schémas d'irradiation habituels soient non indiqués ou impossibles.

Utiliser la radiothérapie hypofractionnée pour certains patients fait partie des plans d'urgence COVID-19 de plusieurs hôpitaux.

Les appareils utilisés et le personnel disponible peuvent ainsi être déployés de la manière la plus optimale possible, ce qui permet de séparer les appareils et les équipes de soins pour les patients infectés par le COVID-19 et les autres patients. De plus, les patients doivent alors se rendre moins souvent à l'hôpital, ce qui contribue à éviter la propagation du virus.

La crise du COVID-19 a profondément bouleversé la façon de travailler des hôpitaux, tant en termes d'infrastructure et de logistique qu'en terme d'engagement du personnel, des infirmiers et des médecins spécialistes. De plus, les soins dispensés aux patients atteints du virus exigent de mobiliser des efforts exceptionnels pour prendre en charge les patients atteints du virus. Pour faire face à ces nouvelles conditions de travail et rémunérer correctement les efforts, l'article 6 prévoit une série de prestations spécifiques pour les soins dispensés aux soins intensifs et dans les unités de soins spécifiques COVID-19.

L'article 6, § 1^{er}, garantit, par la mise en place d'un code spécifique, l'identification des patients COVID-19 afin de permettre le remboursement des nouvelles prestations aux soins intensifs et dans les unités COVID-19 spécifiques. Un patient COVID-19 est défini conformément à la définition des cas de Sciensano. Le code 793800 vise uniquement l'identification des patients COVID-19. Ce code permet que d'autres prestations puissent être portées en compte pour ces patients pour lesquels les soins requièrent un effort particulier, tant physique que psychique.

Les services de soins intensifs sont plus que jamais les "hotspots" au sein des hôpitaux et la plupart d'entre eux ont dû augmenter leur capacité, notamment en adaptant intégralement ou partiellement d'autres services (salles de réveil ou services « ordinaires ») pour qu'ils soient en mesure de dispenser aussi des soins intensifs. Il est évident que ces adaptations réclamaient un « glissement » du personnel et des moyens, ainsi qu'une forte augmentation de la capacité.

Les patients COVID-19 admis aux soins intensifs ont besoin d'une assistance respiratoire beaucoup plus longue que normalement. Il s'agit souvent de 2 semaines au minimum. Pour « coller » à cette réalité, deux prestations spécifiques sont prévues à cet effet par **l'article 6, § 2**.

Des unités de soins spécifiques COVID-19 ont été créées et sont séparées physiquement des autres services. Les patients qui s'y trouvent nécessitent une approche plus intensive et spécifique, au niveau de la pathologie COVID-19, mais aussi des règles de sécurité et d'hygiène obligatoires dans le cadre des soins dispensés à ces patients spécifiques.

Les patients y restent en moyenne beaucoup plus longtemps que d'ordinaire. Les soins y sont aussi beaucoup plus lourds. C'est la raison pour laquelle **l'article 6, § 3**, prévoit des nouvelles prestations relatives à l'installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue, la surveillance continue des fonctions vitales et non vitales, la surveillance continue de la fonction cardiaque et les mesures du débit cardiaque et **l'article 6, § 4**, prévoit un supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 hospitalisé.

L'article 6, § 5, prévoit que ces prestations peuvent uniquement être attestées dans des hôpitaux généraux.

L'article 7 contient les principes à respecter pour pouvoir dispenser un suivi à distance.

Les **articles 8 à 13 inclus** prévoient la création de prestations spécifiques à distance ainsi que les règles d'application y afférentes pour les médecins, dentistes et kinésithérapeutes.

L'article 8 prévoit des prestations spécifiques permettant aux médecins de trier par téléphone (§ 1^{er}) les patients potentiellement affectés par le COVID-19 et de donner un avis téléphonique (§ 2) aux autres patients dans le but de préserver la continuité des soins.

La notion d'appel téléphonique couvre les moyens de communication synchrone, en ce compris la vidéocommunication.

L'article 8, § 3, détermine les règles d'application pour ces prestations.

L'article 9 prévoit des prestations spécifiques pour les psychiatres et les pédopsychiatres. Les patients en suivi psychiatrique ou psychothérapeutique peuvent rarement suspendre leur traitement sans risque sérieux pour leur santé mentale. Le contexte même de la crise du COVID-19 accentue encore ce risque pour les plus fragiles. Afin de

nog groter. Om de continuïteit van deze zorg te verzekeren tijdens deze COVID-19-crisis, worden de regels van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging aangepast zodat deze zorg alsook de eventuele nieuwe diagnoses uitgevoerd op afstand door psychiaters en kinder- en jeugdpsychiaters ten laste genomen wordt.

Artikel 9, § 1, voorziet in een telefonisch advies met het oog op doorverwijzing van de patiënt naar een mobiel team of een psychiatrische spoeddienst, zodat ook in deze crisisperiode een correcte urgente zorg aan deze patiëntengroep kan gebeuren.

Artikel 9, §§ 2 en 3, voorziet in verstrekkingen op afstand voor de psychiatrische diagnose, de psychotherapeutische behandeling, de mediatietherapie, het overleg tussen arts en psycholoog of orthopedagoog en de uitgebreide psychiatrische evaluatie van een jongere om de continuïteit van deze zorg te kunnen verzekeren tijdens de COVID-19-crisis.

Artikel 9, § 4 legt de algemene toepassingsregels voor deze nieuwe verstrekkingen vast.

In analogie met de bepalingen van artikel 6 voorziet **artikel 10** in een specifieke verstrekking voor de neuropediater zodat zij de behandeling van de kinderen, jongeren en jongvolwassenen met neurologische ontwikkelingsstoornissen of een verstandelijke beperking die gepaard gaan met ernstige gedragsstoornissen kunnen verderzetten. Patiënten met neurologische ontwikkelingsstoornissen of een verstandelijke beperking zijn immers bijzonder gevoelig voor veranderingen in tijd en ruimte. Uitzonderlijke omstandigheden kunnen de gedragsstoornissen verergeren en de omgeving (gezin of instelling) in grote moeilijkheden brengen.

Artikel 11 laat toe dat de multidisciplinaire oncologische consulten via een videoconferentie worden georganiseerd. Zo is het tijdelijk niet nodig om verschillende zorgverleners fysiek samen te brengen in één ruimte. Dit garandeert de continuïteit van zorg aan patiënten met een kanker, waardoor de naleving van de inperkingsmaatregelen wordt bevorderd.

Voor de continuïteit van de zorg en het accuraat begeleiden van de patiënt naar de beschikbare tandheelkundige zorg tijdens deze crisisperiode voert **artikel 12** specifieke verstrekkingen in te voeren voor telefonisch advies en eventuele doorverwijzing naar een tandheelkundige praktijk die de verzorging aanbiedt rekening houdende met alle instructies voor zorgverleners tijdens de COVID-19 pandemie.

Artikel 12, § 1, voorziet in de invoering van twee specifieke verstrekkingen voor telefonisch advies en eventuele doorverwijzing.

Artikel 12, § 2, bepaalt de toepassingsregels voor deze verstrekkingen.

Voor de continuïteit van de zorg en het stabiliseren of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt, hetwelke zal nodig zijn in een beperkt aantal gevallen, maakt **artikel 13** kinesitherapeutische verzorging op afstand via telefoon of videocommunicatie mogelijk.

Artikel 13, § 1, voorziet in de invoering van twee specifieke verstrekkingen voor verzorging op afstand uitgevoerd door de kinesitherapeut.

Artikel 13, § 2, bepaalt de toepassingsregels voor deze verstrekkingen.

Artikel 14 voorziet in de volledige tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de honoraria van de verstrekkingen op afstand.

Artikel 15 verbiedt de toepassing van supplementen voor de verstrekkingen op afstand.

Patiënten met een logopedische follow-up kunnen zelden hun behandeling opschorten voor een relatief lange tijd zonder dat ze de therapeutische voordelen van de behandeling verliezen; Ten einde de continuïteit van de logopedische zorg tijdens de COVID-19-crisis garanderen, met respect voor de regels van de sociale distantiëring, past **artikel 16** de regels van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging aan, zodat logopedieverstrekkingen uitgevoerd op afstand zonder fysieke aanwezigheid van de logopedist ten laste worden genomen.

Voor het garanderen van de nodige pre- en postnatale zorg voor de aanstaande moeder en het kind, zelfs tijdens de COVID-19 crisis en met de nodige voorzorgsmaatregelen past **artikel 17** de regels aan van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zodat de verstrekkingen uitgevoerd op afstand door de vroedvrouwen worden terugbetaald.

Artikel 18 bepaalt dat de honoraria en bedragen voor de tussenkomst van de verplichte verzekering voor de verstrekkingen op afstand dezelfde zijn als voor verstrekkingen met fysieke aanwezigheid voor logopedisten en vroedvrouwen.

Gelet op de adviezen in verband met de COVID-19-pandemie bepaalt **artikel 19** dat afwijkingen worden voorzien op de bepalingen voor de specifieke verstrekkingen van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen.

garantir la continuité de ces soins pendant cette crise du COVID-19, les règles de l'assurance obligatoire soins de santé sont ajustées pour pouvoir prendre en charge ces suivis ainsi que les éventuels nouveaux diagnostics posés à distance par les psychiatres et pédopsychiatres.

L'article 9, § 1^{er}, prévoit un avis téléphonique en vue d'orienter le patient vers une équipe mobile ou un service d'urgence psychiatrique, de sorte que des soins urgents corrects puissent également être prodigués à ce groupe de patients pendant cette période de crise.

L'article 9, §§ 2 et 3, prévoit des prestations à distance pour le diagnostic psychiatrique, le traitement psychothérapeutique, la médiation, la consultation entre un médecin et un psychologue ou un orthopédoque, et l'évaluation psychiatrique complète d'un jeune afin d'assurer la continuité de ces soins pendant la crise COVID-19.

L'article 9, § 4, détermine les règles d'application générales pour ces prestations.

Par analogie avec les dispositions de l'article 6, **l'article 10** prévoit une prestation spécifique pour le neuropédiatre afin qu'il puisse poursuivre le suivi des enfants, des adolescents et des jeunes adultes présentant des troubles neurodéveloppementaux ou d'une déficience intellectuelle associés à des troubles graves du comportement. En effet, les patients présentant des troubles neurodéveloppementaux ou une déficience intellectuelle sont particulièrement sensibles aux changements d'environnement spatio-temporel. Des circonstances exceptionnelles peuvent aggraver les troubles du comportement et mettre l'environnement (famille ou institution) en grande difficulté.

L'article 11 autorise l'organisation des consultations multidisciplinaires en oncologie (COM) par vidéoconférence. Ainsi les dispensateurs de soins ne sont pas obligés d'être physiquement présents dans une salle. Ceci garantit la continuité des soins aux patients atteints de cancer, tout en facilitant le confinement.

Afin d'assurer la continuité des soins et l'orientation du patient vers les soins dentaires disponibles pendant cette période de crise, **l'article 12** prévoit la création de prestations spécifiques pour des avis téléphoniques avec renvoi éventuel à un cabinet dentaire qui offre des soins en tenant compte de toutes les instructions aux dispensateurs de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19.

L'article 12, § 1^{er}, prévoit la création de deux prestations spécifiques pour des avis téléphoniques avec renvoi éventuel.

L'article 12, § 2, détermine les règles d'application pour ces prestations.

Pour assurer la continuité de soins et de stabiliser ou d'améliorer l'état de santé du patient, ce qui sera nécessaire dans un nombre limité de cas, **l'article 13** rend possible des soins de kinésithérapie à distance par téléphone ou par communication vidéo.

L'article 13, § 1^{er}, prévoit la création de deux prestations spécifiques pour des soins à distance effectués par le kinésithérapeute.

L'article 13, § 2, détermine les règles d'application pour ces prestations.

L'article 14 prévoit l'intervention totale de l'assurance obligatoire soins de santé dans les honoraires des prestations à distance.

L'article 15 interdit l'application de suppléments pour les prestations à distance.

Les patients en suivi logopédique peuvent rarement suspendre leur traitement pour une durée relativement longue sans risque de perdre le bénéfice thérapeutique du traitement. Afin de garantir la continuité des soins logopédiques pendant cette crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale, **l'article 16** ajuste des règles de l'assurance obligatoire soins de santé pour prendre en charge toutes les prestations réalisées à distance sans présence physique par les logopèdes.

Afin de garantir les soins pré et postnatals nécessaires à la future mère et à l'enfant, même pendant la crise du COVID-19, tout en respectant les mesures de distanciation sociale, **l'article 17** adapte les règles de l'assurance obligatoire soins de santé pour rembourser les prestations dispensées à distance par les sages-femmes.

L'article 18 dispose que les honoraires et les montants de l'intervention de l'assurance obligatoire sont identiques pour les prestations à distance que pour les prestations avec présence physique pour les logopèdes et les sages-femmes.

Vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19, **l'article 19** prévoit des dérogations aux prestations spécifiques de la nomenclature des prestations de rééducation.

Artikel 20 voorziet de mogelijkheid om diëtetiekverstrekkingen via telefoon of videocommunicatie te verrichten omdat deze verstrekkingen voor de patiënten voor wie deze verstrekkingen kunnen worden verricht (diabetespatiënten en patiënten die lijden aan chronische nierinsufficiëntie) dringend noodzakelijk kunnen zijn voor een adequate behandeling van hun ziekte en niet kunnen worden uitgesteld tot na de COVID-19-crisisperiode. Om deze verstrekkingen tijdens de COVID-19-crisisperiode veilig te kunnen laten verlopen, zonder gevaar op besmetting, wordt de mogelijkheid voorzien om deze diëtetiekverstrekkingen via telefoon of videocommunicatie te verrichten. Alhoewel verstrekkingen via videocommunicatie vermoedelijk betere resultaten opleveren, worden ook verstrekkingen via de telefoon voorzien omdat een aanzienlijk deel van de doelgroep niet beschikt over de mogelijkheid van videocommunicatie of daarmee onvoldoende vertrouwd is.

Artikel 21, § 1 en § 2, voorziet de mogelijkheid om diabeteseducatieverstrekkingen via telefoon of videocommunicatie te verrichten omdat deze verstrekkingen voor de beoogde diabetespatiënten dringend noodzakelijk kunnen zijn voor een adequate behandeling van hun ziekte en niet kunnen worden uitgesteld tot na de COVID-19-crisisperiode. Om deze verstrekkingen tijdens de COVID-19-crisisperiode veilig te kunnen laten verlopen, zonder gevaar op besmetting, wordt de mogelijkheid voorzien om deze diabeteseducatieverstrekkingen via telefoon of videocommunicatie te verrichten. Alhoewel verstrekkingen via videocommunicatie vermoedelijk betere resultaten opleveren, worden ook verstrekkingen via de telefoon voorzien omdat een aanzienlijk deel van de doelgroep niet beschikt over de mogelijkheid van videocommunicatie of daarmee onvoldoende vertrouwd is.

Artikel 22 voorziet de mogelijkheid om bepaalde ergotherapieverstrekkingen via video-communicatie te verrichten omdat deze ergotherapieverstrekkingen voor de beoogde patiënten dringend noodzakelijk kunnen zijn om de problemen op het vlak van re-integratie waarmee deze patiënten kampen, aan te pakken. Om deze verstrekkingen tijdens de COVID-19-crisisperiode veilig te kunnen laten verlopen, zonder gevaar op besmetting, wordt de mogelijkheid voorzien om deze ergotherapieverstrekkingen via video-communicatie te verrichten. Omdat kwalitatieve ergotherapiezittingen, rekening gehouden met de problemen van de patiënten en het doel van deze zittingen, niet mogelijk zijn via de telefoon, worden alleen ergotherapieverstrekkingen via video-communicatie voorzien.

Gelet op de adviezen in verband met de COVID-19-pandemie bepaalt **artikel 23** dat afwijkingen worden voorzien op de bepalingen van de overeenkomsten bedoeld in de artikelen 22, 6° en 23, § 3, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Artikel 24, § 1 tot en met § 3, geeft de mogelijkheid aan de centra die patiënten begeleiden die kampen met de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen, aan de centra voor transgenderzorg en aan de geheugenklinieken om bepaalde begeleidingszittingen die de psychologen van die centra verrichten voor de patiënten van die centra, tijdens de COVID-19-crisisperiode via videocommunicatie te verrichten, zodat de continuïteit van de verzorging tijdens de COVID-19-crisisperiode kan worden gewaarborgd en de verstrekkingen veilig kunnen worden verricht, zonder gevaar op besmetting. Omdat kwalitatieve begeleidingszittingen door een psycholoog niet mogelijk zijn via de telefoon omdat de psycholoog dan geen rekening kan houden met de lichaamstaal van de patiënt, worden alleen begeleidingszittingen via videocommunicatie voorzien.

Artikel 25, § 1 tot en met § 3, geeft de mogelijkheid aan de inrichtingen "Clairs Vallons" en "Zeepreventorium" om tijdens de COVID-19-crisisperiode begeleiding via telefoon of videocommunicatie aan te bieden aan de patiënten van wie het normale revalidatieprogramma is onderbroken, zodat de continuïteit van de verzorging tijdens de COVID-19-crisisperiode toch nog enigszins kan worden gewaarborgd en de patiënten in relatief veilige en gezonde omstandigheden buiten de inrichting, in hun thuismilieu of elders, kunnen verblijven en de resultaten van het reeds gerealiseerde revalidatieprogramma zo veel mogelijk kunnen geconsolideerd worden. Alhoewel verstrekkingen via videocommunicatie vermoedelijk betere resultaten opleveren, worden ook verstrekkingen via de telefoon voorzien omdat een aanzienlijk deel van de doelgroep niet beschikt over de mogelijkheid van videocommunicatie of daarmee onvoldoende vertrouwd is.

Artikel 26, § 1 en § 2, geeft de mogelijkheid aan de revalidatiecentra voor locomotorische en neurologische revalidatie om bepaalde begeleidingszittingen die de logopedisten van die centra verrichten voor de patiënten van die centra, tijdens de COVID-19-crisisperiode via videocommunicatie te verrichten, zodat de continuïteit van de verzorging tijdens de COVID-19-crisisperiode kan worden gewaarborgd en de verstrekkingen veilig kunnen worden verricht, zonder gevaar op

L'article 20 prévoit la possibilité de dispenser des prestations de diététique par téléphone ou par communication vidéo étant donné que pour les patients pour lesquels ces prestations peuvent être dispensées (patients diabétiques et patients souffrant d'insuffisance rénale chronique), ces prestations peuvent être nécessaires de toute urgence pour un traitement adéquat de leur maladie et ne peuvent être reportées au-delà de la période de crise liée au COVID-19. Afin de garantir que ces prestations soient dispensées en toute sécurité pendant la période de crise liée au COVID-19, sans risque de contamination, il est prévu la possibilité de dispenser ces prestations diététiques par téléphone ou par communication vidéo. Bien que la prestation dispensée par communication vidéo soit susceptible de donner de meilleurs résultats, il est également prévu de dispenser ces prestations par téléphone étant donné qu'une partie importante du groupe cible n'a pas la possibilité de communiquer par vidéo ou ne la connaît pas suffisamment.

L'article 21, § 1^{er} et § 2, prévoit la possibilité de réaliser des prestations d'éducation au diabète par téléphone ou par communication vidéo étant donné que ces prestations peuvent être nécessaires de toute urgence pour les patients diabétiques concernés pour un traitement adéquat de leur maladie et ne peuvent être reportées au-delà de la période de crise liée au COVID-19. Afin de garantir que ces prestations soient dispensées en toute sécurité pendant la période de crise liée au COVID-19, sans risque de contamination, il est prévu de dispenser ces prestations d'éducation au diabète par téléphone ou par communication vidéo. Bien que la prestation par communication vidéo soit susceptible de donner de meilleurs résultats, il est également prévu de dispenser ces prestations par téléphone étant donné qu'une partie importante du groupe cible n'a pas la possibilité de communiquer par vidéo ou ne la connaît pas suffisamment.

L'article 22 prévoit la possibilité de dispenser certaines prestations d'ergothérapie par communication vidéo étant donné que ces prestations d'ergothérapie peuvent être nécessaires de toute urgence aux patients concernés afin qu'une solution aux problèmes relatifs à la réintégration auxquels ces patients sont confrontés puisse être apportée. Afin de garantir que ces prestations soient dispensées en toute sécurité pendant la période de crise liée au COVID-19, sans risque de contamination, il est prévu la possibilité de dispenser ces prestations d'ergothérapie par communication vidéo. Étant donné que des prestations d'ergothérapie qualitatives ne sont pas possibles par téléphone, tenant compte des problèmes auxquels sont confrontés les patients et du but de ces séances, seules des séances d'ergothérapie par communication vidéo sont prévues.

Vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19, **l'article 23** prévoit des dérogations aux dispositions des conventions visées aux articles 22, 6° et 23, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

L'article 24, § 1^{er} à § 3 inclus, donne la possibilité aux centres qui accompagnent les patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines, aux centres d'accompagnement de la transidentité et aux cliniques de la mémoire d'effectuer certaines séances d'accompagnement aux patients pris en charge par ces centres par communication vidéo pendant la période de crise liée au COVID-19, de manière à assurer la continuité des soins pendant la période de crise du COVID-19 et de garantir que les prestations puissent être dispensées en toute sécurité et sans risque de contamination. Étant donné que des séances d'accompagnement qualitatives ne sont pas possibles par téléphone car le psychologue ne peut alors pas tenir compte du langage corporel du patient, seules des séances d'accompagnement par communication vidéo sont prévues.

L'article 25, § 1^{er} à § 3 inclus, permet aux établissements "Clairs Vallons" et "Zeepreventorium" d'offrir un accompagnement par téléphone ou par communication vidéo pendant la période de crise liée au COVID-19 aux patients dont le programme normal de rééducation a été interrompu, afin que la continuité des soins puisse encore être garantie dans une certaine mesure pendant la période de crise liée au COVID-19 et que les patients puissent rester dans des conditions relativement sûres et saines à l'extérieur de l'établissement, dans leur milieu de vie ou ailleurs, et que les résultats du programme de rééducation déjà obtenus puissent être consolidés dans la mesure du possible. Bien que la communication vidéo soit susceptible de donner de meilleurs résultats, des prestations par téléphone sont également prévues étant donné qu'une proportion importante du groupe cible n'a pas la possibilité de communiquer par vidéo ou ne la connaît pas suffisamment.

L'article 26, § 1^{er} et § 2, donne la possibilité aux centres de rééducation locomotrice et neurologique de dispenser des séances d'accompagnement que les logopèdes de ces centres réalisent pour les patients de ces centres par communication vidéo pendant la période de crise liée au COVID-19 afin d'assurer la continuité des soins pendant la période de crise liée au COVID-19 et de garantir que les prestations

besmetting. Omdat kwalitatieve begeleidingszittingen door een logopedist niet mogelijk zijn via de telefoon omdat de logopedist moet kunnen zien hoe de patiënt spreekt, worden alleen begeleidingszittingen via videocommunicatie voorzien.

Artikel 27, § 1 en § 2, geeft de mogelijkheid aan de referentiecentra voor cerebral palsy om de verstrekking “punctueel advies” voor de patiënten van die centra, tijdens de COVID-19-crisisperiode, via telefoon of videocommunicatie te verrichten, zodat de continuïteit van de verzorging tijdens de COVID-19-crisisperiode kan worden gewaarborgd en de verstrekkingen veilig kunnen worden verricht, zonder gevaar op besmetting. Alhoewel verstrekkingen via videocommunicatie vermoedelijk betere resultaten opleveren, worden ook verstrekkingen via de telefoon voorzien om patiënten van de doelgroep die niet beschikken over de mogelijkheid van videocommunicatie of die daarmee onvoldoende vertrouwd zijn, niet uit te sluiten.

Artikel 28, § 1 tot en met § 5, geeft de mogelijkheid aan de cognitieve gedragstherapeuten die samenwerken met het multidisciplinair diagnostisch centrum voor patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom, om de sessies cognitieve gedragstherapie die die cognitieve gedragstherapeuten realiseren, tijdens de COVID-19-crisisperiode, via videocommunicatie te verrichten, zodat de continuïteit van de verzorging tijdens de COVID-19-crisisperiode kan worden gewaarborgd en de verstrekkingen veilig kunnen worden verricht, zonder gevaar op besmetting. Omdat kwalitatieve begeleidingszittingen door een psycholoog niet mogelijk zijn via de telefoon omdat de psycholoog dan geen rekening kan houden met de lichaamstaal van de patiënt, worden alleen begeleidingszittingen via videocommunicatie voorzien.

Artikel 29 voorziet in de opheffing van het koninklijk besluit van 18 maart 2020 tot vaststelling van verschillende uitzonderlijke maatregelen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met het oog op de zorgopvang van patiënten in de context van de COVID-19 pandemie met het SARS-CoV-2 virus. De bepalingen voorzien in dat koninklijk besluit worden immers overgenomen in dit besluit.

TITEL 4. — STRUCTUREN

Hoofdstuk 1. Schakelzorgcentra

Met betrekking tot hoofdstuk 1 dat betrekking heeft op de schakelzorgcentra werd door de Risk Management Group (RMG) op 20 maart 2020 besloten steun te verlenen aan het opzetten van tijdelijke opvangstructuren voor mensen die getroffen zijn door het coronavirus en die geen ziekenhuiszorg nodig hebben of niet meer nodig hebben, maar die ook niet naar hun gewone verblijfssituatie kunnen terugkeren omdat ze nog steeds besmettelijk zijn.

Daarbij werd aan de “Comité Primary & Outpatient Care Surge Capacity” de opdracht gegeven om dit verder uit te werken. Dit Comité is een werkgroep binnen de RMG die gecoördineerd wordt door het Directoraat Generaal Gezondheidszorg van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid en bestaat uit vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiskoepels, beroepsorganisaties van artsen, steden en gemeenten, partners als de ziekenfondsen, het Rode Kruis, Artsen zonder Grenzen.

Overwegende het akkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 9 april 2020 over de globale principes rond de oprichting en financiering van de schakelzorgcentra.

Deze beslissing tot het oprichten van schakelzorgcentra werd genomen om te voorkomen dat er te veel mensen in het ziekenhuis worden opgenomen of in het ziekenhuis blijven zonder dat ze daadwerkelijk ziekenhuiszorg nodig hebben, en dus om te voorkomen dat de werkdruk in het ziekenhuis verder toeneemt.

Deze structuren zijn niet bedoeld om langdurige zorg te bieden en worden zelf voor een beperkte periode opgezet, afhankelijk van de duur die nodig is om de huidige gezondheids crisis te beheersen.

Alleen de overheden van de gewesten of gemeenschappen kunnen besluiten een schakelzorgcentrum te openen, en alleen na advies van de gouverneur van de provincie waarin de opening van het schakelzorgcentrum wordt overwogen.

Deze overheid zal daartoe de noodzaak van het activeren van dergelijke structuren beoordelen op basis van de plaatsen die nog beschikbaar zijn in andere schakelzorgcentra in de regio, maar ook op basis van het aantal COVID-19-patiënten dat nog in het ziekenhuis ligt.

Het is ook de taak van deze overheid om met de eigenaar of exploitant van de lokalen afspraken te maken over de ingebruikname van de lokalen, het gebruik van de uitrusting, de terbeschikkingstelling van personeel, de aansprakelijkheid en verzekeringsdekking, de duur van het gebruik, het herstel van de uitrusting na de ingebruikname, ...

Het is dezelfde overheid die de beslissing zal nemen om een schakelzorgcentrum te sluiten wanneer blijkt dat deze niet langer voldoet aan een behoefte die voortvloeit uit de

puissent être dispensées en toute sécurité, sans risque de contamination. Étant donné qu’il n’est pas possible d’organiser des séances d’accompagnement qualitatives par téléphone, au vu du fait que le logopède doit pouvoir voir la manière dont le patient parle, seules des séances d’accompagnement par communication vidéo sont prévues.

L’article 27, § 1^{er} et § 2, donne la possibilité aux centres de référence pour l’infirmité motrice d’origine cérébrale de fournir des “avis ponctuels” aux patients de ces centres, pendant la période de crise liée au COVID-19, par téléphone ou par communication vidéo, afin d’assurer la continuité des soins pendant la période de crise liée au COVID-19 et de garantir que les prestations puissent être dispensées en toute sécurité et sans risque de contamination. Bien que les prestations par communication vidéo soient susceptibles d’être plus efficaces, des prestations par téléphone sont également prévues afin de ne pas exclure du groupe cible les patients qui n’ont pas la possibilité de communiquer par vidéo ou qui ne la connaissent pas suffisamment.

L’article 28, § 1^{er} à § 5 inclus, donne la possibilité aux thérapeutes cognitivo-comportementaux travaillant avec le centre de diagnostic multidisciplinaire pour les patients atteints du syndrome de fatigue chronique d’effectuer les séances de thérapie cognitivo-comportementale dispensées par ces thérapeutes, pendant la période de crise liée au COVID-19, par communication vidéo, afin que la continuité des soins pendant la période de crise liée au COVID-19 puisse être garantie et que les prestations puissent être dispensées en toute sécurité, sans risque de contamination. Étant donné qu’il n’est pas possible d’organiser des séances d’accompagnement qualitative par téléphone au vu du fait que le psychologue ne peut alors pas tenir compte du langage corporel du patient, seules des séances d’accompagnement par communication vidéo sont prévues.

L’article 29 prévoit l’abrogation de l’arrêté royal du 18 mars 2020 exécutant diverses mesures exceptionnelles relatives à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue d’une prise en charge des patients dans le contexte de la COVID-19 pandémie avec le virus SARS-CoV-2. Les dispositions prévues dans cet arrêté royal sont en effet reprise dans le présent arrêté.

TITRE 4. — STRUCTURES

Chapitre 1^{er}. Structures de soins intermédiaires

En ce qui concerne le chapitre 1^{er} relatif aux structures de soins intermédiaires, le Risk Management Group (RMG) a décidé le 20 mars 2020 d’accorder une aide pour la mise sur pied de structures d’accueil temporaire pour les personnes atteintes du coronavirus qui n’ont pas ou plus besoin de soins hospitaliers mais qui ne peuvent pas encore rentrer dans leur lieu de vie habituel car elles sont encore contagieuses.

Le « Comité Primary & Outpatient Care Surge Capacity » a été chargé de concrétiser ce projet. Ce comité est un groupe de travail du RMG coordonné par la Direction générale Soins de santé du Service public fédéral Santé publique. Il se compose de représentants de toutes les autorités, de la Défense, des fédérations d’hôpitaux, des organisations professionnelles de médecins, des villes et communes, des partenaires tels que les mutualités, la Croix rouge et Médecins sans Frontières.

Considérant l’accord de la Conférence interministérielle Santé publique du 9 avril 2020 relative aux principes globaux de création et de financement des structures de soins intermédiaires.

Cette décision de créer des structures de soins intermédiaires a été prise pour éviter que trop de personnes soient admises dans les hôpitaux ou doivent y rester alors qu’elles n’ont pas vraiment besoin de soins hospitaliers et donc pour éviter que la charge de travail dans les hôpitaux continue à augmenter.

Ces structures ne sont pas destinées à dispenser des soins de longue durée. Elles sont d’ailleurs créées pour une durée limitée, qui dépend du temps nécessaire pour gérer la crise sanitaire actuelle.

Seules les autorités régionales ou communautaires peuvent décider d’ouvrir une structure de soins intermédiaire et uniquement sur avis du gouverneur de la province dans laquelle cette ouverture est envisagée.

Pour ce faire, cette autorité appréciera la nécessité de créer de telles structures en fonction des places encore disponibles dans d’autres structures de soins intermédiaires dans la région mais également en fonction du nombre de patients atteints du COVID-19 encore hospitalisés.

Il incombe aussi à cette autorité de conclure avec le propriétaire ou l’exploitant des locaux des accords sur l’entrée en service des locaux, l’utilisation des installations, la mise à disposition de personnel, la responsabilité et la couverture de l’assurance, la durée de l’utilisation, la remise en état des installations après utilisation etc.

C’est cette même autorité qui décidera de fermer une structure de soins intermédiaire s’il apparaît qu’elle ne répond plus à un besoin découlant de la crise sanitaire due au COVID-19. Si nécessaire, cette

COVID-19-gezondheids crisis. Indien nodig kan deze overheid, als patiënten op het moment van het besluit tot sluiting nog steeds in het schakelzorg-centrum verblijven, besluiten deze patiënten om te leiden naar andere schakelzorgcentra die op haar grondgebied actief zijn.

Deze centra zijn bedoeld voor de opname van patiënten die zijn geïdentificeerd als patiënten met coronavirus, die om deze reden in het ziekenhuis zijn opgenomen, of voor wie na een onderzoek van een triage- en afnamecentrum of een dienst spoedgevallen is vastgesteld dat hun aandoening niet in het ziekenhuis hoeft te worden opgenomen.

Indien bij het ontslag uit het ziekenhuis of bij het onderzoek in een triage- en afnamecentrum of in de dienst spoedgevallen blijkt dat er redenen zijn dat deze patiënten zich bij hun terugkeer naar hun gewone leefsituatie niet kunnen houden aan de regels van hygiëne en isolatie of omdat ze nog specifieke zorg nodig hebben die niet kan worden aangeboden in de gewone leefsituatie, kunnen deze patiënten tijdelijk worden doorverwezen naar een schakelzorgcentrum.

De opname in een schakelzorgcentrum is mogelijk in een of meerdere van de volgende situaties:

1° de woonst is te klein om de patiënt te isoleren van de mensen met wie hij samen woont;

2° bij ouderen, personen met verminderde immuniteit of die lijden aan chronische luchtwegaandoeningen, die samenwonen met de patiënt en waarvoor er geen tijdelijke alternatieve woonst kan worden gevonden om hen te huisvesten;

3° de hygiënische omstandigheden in de woning maken het niet mogelijk om de aanbevelingen inzake isolering, hygiëne en afstand correct te respecteren;

4° de patiënt is onvoldoende zelfredzaam en kan de aanbevolen isolerings- of hygiënevoorschriften niet respecteren, zelfs met ondersteuning van mantelzorg of familieleden;

5° voor een patiënt die over het algemeen autonoom is en die omwille van de opname in het ziekenhuis tijdelijke rehabilitatiezorg nodig heeft (onder meer na lang verblijf op een dienst Intensieve zorg) die in een thuissituatie niet kan gegeven worden omwille van het ontbreken van de noodzakelijke apparatuur of door de ongeschiktheid van de woning.

De vaststelling dat een patiënt beantwoordt aan een of meerdere van deze situaties wordt gedaan in overleg met de patiënt en de personen/structuren in de eerste lijn die deze situatie kunnen bevestigen, waaronder de sociale dienst van het ziekenfonds of van het OCMW, diensten gezinszorg, geïntegreerde diensten voor thuisverpleging, de “centres de coordination de soins à domicile”.

Indien het gaat om een patiënt die in normale omstandigheden in een collectieve/residentiële structuur verblijft en waarbij COVID-19 werd gedetecteerd dient de patiënt bij ontslag uit het ziekenhuis terug verwezen te worden naar het collectieve/residentiële verblijf.

Indien het onmogelijk is om de voorwaarden van isolering of hygiëne of van zorgcontinuïteit te garanderen, kan als gevolg van uitzonderlijk moeilijke omstandigheden binnen het residentieel verblijf een tijdelijke opvang in het schakelzorgcentrum beslist worden.

De schakelzorgcentra moeten in staat zijn om de patiënten die zich bevinden in de volgende situaties op te nemen :

1° Voor een patiënt waarbij COVID-19 werd gedetecteerd en die geen chronische aandoening heeft, zelfredzaam is en in het algemeen onafhankelijk is in zijn dagelijks leven, is alleen dagelijkse bewaking van bepaalde parameters nodig om eventuele verslechtering van zijn toestand op te sporen : temperatuurmeting tweemaal per dag, detectie van tekenen van koorts, observatie van de ademhalingsfunctie, beoordeling van de cardiovasculaire functie, beoordeling van de algemene toestand van de patiënt, etc.

2° Voor een patiënt waarbij COVID-19 werd gedetecteerd en die in het algemeen weinig onafhankelijk is in het dagelijks leven (gedesoriënteerd, geriatrisch, met een handicap, Katz-schaal thuisverpleging A, B of C, etc.) of die chronische zorg nodig heeft (wondverzorging, insuline, etc.), moet het schakelzorgcentrum omkadering aanbieden die hem in staat zal stellen om naast de dagelijkse bewaking van de parameters de zorg te ontvangen die zijn afhankelijkheidssituatie vereist.

3° Voor een patiënt die in het algemeen autonoom is, waarbij COVID-19 werd gedetecteerd en die omwille van de opname in het ziekenhuis tijdelijke rehabilitatiezorg nodig heeft (onder meer na lang verblijf op een dienst intensieve zorg) die in een thuissituatie niet kan gegeven worden omwille van het ontbreken van de noodzakelijke apparatuur of door de ongeschiktheid van de woning, moet een omkadering worden geboden die hem in staat zal stellen om naast de dagelijkse bewaking van de parameters, de zorg te ontvangen die zijn herstelproces vereist.

autorité peut décider d'orienter vers d'autres structures de soins intermédiaires actives sur son territoire les patients qui séjournent encore dans la structure de soins intermédiaire au moment de sa fermeture.

Ces structures sont destinées à accueillir des patients qui sont identifiés comme des patients infectés par le coronavirus, qui ont été hospitalisés pour cette raison ou pour lesquels un examen dans un centre de triage et de prélèvement ou un service des urgences a montré que leur état ne nécessite pas une hospitalisation.

Si au moment de la sortie de l'hôpital ou de l'examen dans le centre de triage et de prélèvement ou au service des urgences, il apparaît que pour certaines raisons, ces patients ne pourraient pas respecter les règles d'hygiène et d'isolement une fois de retour dans leur lieu de vie habituel ou qu'ils ont encore besoin de soins spécifiques qui ne peuvent pas être dispensés dans leur lieu de vie habituel, ils peuvent être provisoirement hébergés dans une structure de soins intermédiaire.

Un hébergement dans une structure de soins intermédiaire est possible dans une ou plusieurs des situations suivantes :

1° le logement est trop exigu pour permettre l'isolement du patient par rapport aux personnes avec lesquelles il vit ;

2° le patient vit avec une ou plusieurs personnes âgées, ou immunodéprimées ou souffrant d'une maladie respiratoire chronique et aucun logement alternatif temporaire ne peut être trouvé pour héberger ces personnes ;

3° les conditions d'hygiène au sein du logement ne permettent pas de respecter correctement les recommandations en matière d'isolement, d'hygiène et de distanciation ;

4° le patient n'est pas suffisamment autonome et ne peut pas respecter les règles d'isolement ou d'hygiène recommandées, même avec les soins par l'entourage ou membres de la famille ;

5° le patient est de façon générale autonome mais, en raison d'une hospitalisation, il doit bénéficier de soins de réhabilitation temporaires (notamment après un long séjour dans un service de soins intensifs) qui ne peuvent être dispensés à domicile faute de l'équipement nécessaire ou en raison du caractère inadéquat du domicile.

La constatation selon laquelle un patient se trouve dans une ou plusieurs de ces situations est faite en concertation avec le patient et les personnes/structures de la première ligne qui peuvent confirmer cette situation, au nombre desquelles le service social de la mutualité ou du CPAS, les services d'aide aux familles, les services intégrés de soins infirmiers à domicile, les centres de coordination de soins à domicile.

S'il s'agit d'un patient qui, en temps normal, séjourne dans une structure collective/residentiële et chez qui le COVID-19 a été détecté, le patient doit, à sa sortie d'hôpital, être renvoyé vers la structure collective/residentiële

Si les conditions imposées en matière d'isolement et d'hygiène et où la continuité des soins ne peut être garanti en raison de circonstances exceptionnellement difficiles au cours du séjour résidentiel, un accueil temporaire peut être décidé au sein d'une structure de soins intermédiaire.

Les structures de soins intermédiaires doivent être en mesure d'accueillir les patients qui se situent dans les situations suivantes :

1° Un patient qui ne présente aucune pathologie chronique et qui est généralement autonome dans sa vie quotidienne, seule une surveillance quotidienne de certains paramètres pour détecter toute aggravation éventuelle de son état est nécessaire : prise de température 2 fois par jour, détection de signes de fièvre, observation de la fonction respiratoire, évaluation de la fonction cardiovasculaire, évaluation de l'état général du patient, etc.

2° Pour un patient chez qui le COVID-19 a été détecté et qui est généralement peu autonome dans la vie quotidienne (désorienté, gériatrique, souffrant d'un handicap, soins infirmiers à domicile avec échelle de Katz A, B ou C, etc.) ou nécessitant des soins chroniques (soins de plaies, insuline, etc.), la structure intermédiaire doit assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne des paramètres, permettra de lui administrer les soins que son état de dépendance requiert.

3° Pour un patient qui est généralement autonome, chez qui le COVID-19 a été détecté et dont l'état, en raison de l'hospitalisation, nécessite des soins de réhabilitation temporaires (notamment après un long séjour dans un service de soins intensifs) qui ne peuvent être dispensés à domicile faute de l'équipement nécessaire ou en raison du caractère inadéquat du domicile, il convient d'assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne des paramètres permettra de lui administrer les soins que son processus de rétablissement requiert.

Binnen deze schakelzorgcentra wordt de kost van de zorg, verleend door artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen op een specifieke wijze en binnen de voorwaarden van dit besluit ten laste genomen door het Riziv.

Alle andere geneeskundige verstrekkingen voor deze patiënten worden vergoed volgens de bestaande regels binnen de ziekteverzekeringwet.

Artikel 31 bepaalt welke kosten het voorwerp uitmaken van de vergoeding door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Artikel 32 beschrijft de doelgroep van patiënten waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen twee situaties van patiënten waarbij COVID-19 werd gedetecteerd en die om verschillende redenen bij het ontslag uit het ziekenhuis of na controle op een triagepost of dienst spoedgevallen niet naar hun gewone verblijfssituatie kunnen terugkeren.

De eerste situatie gaat om patiënten die in normale omstandigheden thuis wonen en waarbij het gebrek aan garanties rond isolering, hygiëne of afstand houden in de thuissituatie de opname in een schakelzorg verantwoordt.

De tweede situatie gaat om patiënten die in normale omstandigheden verblijven in een residentiële instelling waarbij de terugkeer onder veilige omstandigheden onmogelijk kan gegarandeerd worden. Omwille van psychosociale redenen dient het verblijf in een schakelzorgcentrum tot een minimum in de tijd beperkt worden en bij voorkeur niet langer dan 1 week.

Ofwel gaat het nog om autonome personen: in dat geval volstaat het dat er een dagelijkse bewaking is van een aantal parameters.

Ofwel gaat het om een persoon die toch afhankelijk is in het dagelijks functioneren of chronische zorg nodig heeft: in dat geval moet er naast de bewaking van een aantal parameters, een omkadering aangeboden worden die zijn afhankelijkheidssituatie vereist.

Ofwel gaat het om nog autonome personen, maar die omwille (bijvoorbeeld lang verblijf op intensieve behandeling) tijdelijke revalidatiezorg nodig hebben die in de thuissituatie niet kan gegeven worden.

In de artikelen 34 tot 37 wordt in een specifieke tegemoetkoming voorzien voor artsen en voor verpleegkundigen en zorgkundigen.

Wat de artsen betreft worden voor de opdrachten die in het ontwerp voorzien, de volgende vergoedingen voorzien:

- Voor opvolging, toezicht en zorg dat overdag wordt uitgevoerd door een arts: vergoeding van 80,34 euro per gepresteerd uur. Maximum 8 uur per dag per groep van 30 patiënten.
- Voor de beschikbaarheid door 1 arts 's avonds en 's nachts: een vergoeding van 6,51 euro per uur.
- Cumul met consultaties en toezichtshonoraria uit de nomenclatuur wordt uitgesloten.

Wat de verpleegkundigen en zorgkundigen betreft:

- Voor de opvolging, toezicht en zorg wordt een tegemoetkoming per gepresteerd uur voorzien voor maximum 6 VTE (waarvan 4 verpleegkundigen en 2 zorgkundigen) per groep van 30 patiënten. Dit komt overeen met maximum 6 x 38 uur per week: 228 uur.

- Deze tegemoetkoming bedraagt 47,25 euro per uur voor verpleegkundigen en 34,96 euro voor zorgkundigen.

Artikel 38 voorziet een aantal preciseringen m.b.t. de tegemoetkoming voor andere verstrekkingen:

- Geneesmiddelen: kunnen zowel worden afgeleverd door een ziekenhuisapotheek als door een openbare officina. Het voorschrift wordt elektronisch opgemaakt.

- Wat de kinesitherapieverstrekkingen in een schakelzorgcentrum betreft, wordt tijdelijk een specifieke verstrekking ingevoerd die via het ziekenfonds van de patiënt wordt terugbetaald vanuit de verplichte ziekteverzekering. Er is geen persoonlijk aandeel, noch supplement verschuldigd door de rechthebbenden voor deze verstrekking.

- Wat de verstrekkingen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg betreft: er kan beroep gedaan worden op alle mogelijke bestaande structuren, inbegrepen de uitzonderlijke nomenclatuur van psychiaters en psychologen in kader van COVID-19.

- Voor alle andere geneeskundige zorg gelden de reguliere voorwaarden inzake tegemoetkoming vanuit de verplichte ziekteverzekering.

Artikel 39 voorziet dat de specifieke tegemoetkomingen niet verschuldigd zijn indien de verstrekkingen zijn uitgevoerd door vrijwilligers of indien de kost van deze zorgverleners reeds op een andere wijze is gefinancierd.

Artikel 40 bepaalt dat de verantwoordelijke van een schakelzorgcentrum aan het Riziv de kosten kan factureren volgens de bepalingen van dit besluit.

Au sein de ces structures de soins intermédiaires, le coût des soins prodigués par des médecins, des infirmières et des aides-soignantes est couvert par l'INAMI de manière spécifique et dans les conditions de cet arrêté.

Toutes les autres prestations de soins pour ces patients sont remboursées selon les règles existantes dans la loi relative à l'assurance maladie.

L'article 31 détermine les coûts qui font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire.

L'article 32 définit le groupe cible de patients. On distingue deux catégories parmi les patients chez qui le COVID-19 a été diagnostiqué et qui, pour diverses raisons, ne peuvent pas retourner dans leur lieu de vie habituel après leur sortie de l'hôpital ou après un contrôle dans un poste de triage ou un service d'urgences.

La première catégorie regroupe les patients qui habitent normalement chez eux et pour lesquels le manque de garanties autour de l'isolement, de l'hygiène ou du maintien à domicile à distance justifient une admission dans une structure de soins intermédiaire sont précisées.

La deuxième catégorie regroupe les patients qui séjournent habituellement dans un établissement résidentiel et dont on ne peut pas garantir le retour en toute sécurité. Pour des raisons psychosociales, le séjour en structure de soins intermédiaire doit être limité le plus possible dans le temps et de préférence ne pas dépasser 1 semaine.

Il peut s'agir d'une personne encore autonome. Dans ce cas, il suffit de surveiller quotidiennement certains paramètres.

Il peut s'agir d'une personne dépendante pour les activités de la vie quotidienne ou qui doit être soignée pour une maladie chronique. Dans ce cas, il faut non seulement surveiller certains paramètres mais également offrir l'encadrement nécessaire vu sa situation de dépendance.

Ou bien encore il s'agit d'une personne autonome mais qui a besoin d'une rééducation temporaire (à la suite d'un long séjour dans une unité de soins intensifs par exemple) qui ne peut pas être organisée à domicile.

Les articles 34 à 37 prévoient une intervention spécifique pour les médecins, les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants.

Concernant les médecins, les interventions suivantes sont prévues pour les tâches définies dans le projet:

- pour le suivi, la surveillance et les soins dispensés en journée par un médecin: une intervention de 80,34 euros par heure prestée. Maximum 8 heures par jour par groupe de 30 patients;
- pour la disponibilité d'un médecin le soir et la nuit: une intervention de 6,51 euros par heure;
- le cumul avec les consultations et les honoraires de surveillance de la nomenclature est interdit.

Concernant les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants:

- pour le suivi, la surveillance et les soins, une intervention par heure prestée est prévue pour 6 ETP maximum (dont 4 praticiens de l'art infirmier et 2 aides-soignants) par groupe de 30 patients. Cela correspond au maximum à 6 x 38 heures par semaine = 228 heures;
- cette intervention s'élève à 47,25 euros par heure pour les praticiens de l'art infirmier et à 34,96 euros pour les aides-soignants.

L'article 38 apporte des précisions sur l'intervention pour d'autres prestations:

- les médicaments peuvent être délivrés tant par un pharmacien hospitalier que par une officine ouverte au public. La prescription est rédigée sous format électronique.

- concernant les prestations de kinésithérapie dans une structure de soins intermédiaire, une prestation spécifique est temporairement introduite. Cette prestation est remboursée par l'assurance obligatoire soins de santé via la mutualité du patient. Aucune quote-part personnelle ni supplément n'est dû par le bénéficiaire pour cette prestation.

- concernant les soins de santé mentale, toutes les dispositions existantes peuvent être utilisées, en ce compris la nomenclature spéciale pour les psychiatres et les psychologues dans le cadre du COVID-19.

- pour tous les autres soins de santé, ce sont les modalités classiques d'intervention par l'assurance maladie obligatoire qui s'appliquent.

L'article 39 prévoit que les interventions spécifiques ne sont pas dues si les prestations sont dispensées par des volontaires ou si les dépenses pour ces dispensateurs de soins sont déjà financées d'une autre manière.

L'article 40 dispose que le responsable d'une structure de soins intermédiaire peut facturer les coûts à l'INAMI selon les dispositions de cet arrêté.

In artikel 41 wordt de registratie voorzien. Aangezien de verzekeringsinstellingen controle moeten doen op de aanrekening van verstrekkingen (vb geen cumul met consultaties, geen nomenclatuur thuisverpleging) is het noodzakelijk dat zij beschikken over de patiëntengegevens met vermelding van de datum van opname en van ontslag. Deze informatie wordt centraal ingezameld bij de Federale overheidsdienst Volksgezondheid en wordt via het Riziv meegedeeld aan het Nationaal Intermutualistisch college.

Artikel 42 bepaalt dat de zorgverleners die verstrekkingen doen in het schakelzorgcentrum onder de verantwoordelijkheid vallen van het schakelzorgcentrum. Het schakelzorgcentrum vergewist zich van de status inzake de noodzakelijke verzekeringen inzake ondermeer beroepsaansprakelijkheid en arbeidsongevallenverzekering.

Artikel 43 voorziet dat op basis van de “erkenning” dat het Riziv ontvangt vanwege de deeltentiteiten, op de website de lijst gepubliceerd zal worden van de centra die, indien ze de bepalingen van dit besluit respecteren, de tegemoetkomingen kunnen factureren. Deze centra zullen hiervan verwittigd worden; zij dienen geen specifieke overeenkomst met het Riziv te sluiten.

Hoofdstuk 2. Triage- en afnamecentra

De artikelen 44 tot en met 52 regelen de tijdelijke financiering van de triage- en afnamecentra.

De richtlijn van Sciensano van 17 maart 2020 bepaalt voor de huisartsen een procedure voor patiënten met verdenking van COVID-19 infectie. Als de huisarts meent dat een klinisch onderzoek essentieel is om de ernst van de infectie te beoordelen, kan hij, onder bepaalde omstandigheden, zelf het onderzoek voeren als hij beschikt over het nodige beschermingsmateriaal (handschoenen, type II chirurgische maskers,...). Als hij niet beschikt over het materiaal verwijst hij de patiënt indien mogelijk door naar een triagepost en anders naar het ziekenhuis. Omwille van de tekorten aan beschermingsmateriaal worden de huisartsen gevraagd om triagepunten te organiseren.

Het verslag van de “Comité Primary and Outpatient Care Surge Capacity” van 17 maart 2020 toont nog een andere doelstelling: vermijden van een overbelasting van de spoeddiensten met patiënten die op dat ogenblik geen hospitalisatie nodig hebben. De triage- en afnamecentra worden daarom ook meestal geopend in de nabijheid van een ziekenhuis of een spoeddienst.

Triage- en afnamecentra zijn dus specifiek opgezette centra om patiënten te onderzoeken die mogelijk besmet zijn met COVID-19, nadat ze werden doorverwezen door een arts. Die patiënten hoeven zo niet naar de wachtzaal van een huisarts of naar de spoedafdeling van een ziekenhuis te gaan, waar ze anderen kunnen besmetten. Indien nodig verwijst het triage- en afnamecentrum hen daarna naar het ziekenhuis voor hospitalisatie. De centra zijn een initiatief van artsen, ziekenhuizen en overheden en maken deel uit van de eerstelijnszorg.

Tijdens de vergadering van 24 april 2020 heeft het “Comité Primary and Outpatient Care Surge Capacity” aanbevolen om aan de triage- en afnamecentra een bijkomende functie toe te kennen in het kader van de ‘contact-tracing calls’.

Het centrum staat onder toezicht van een medische verantwoordelijke. Daarnaast zijn er medische coördinatoren die instaan voor de dagelijkse organisatie, de planning, de verdeling van de artsen, enz... De fysieke onderzoeken worden uitgevoerd door artsen en de triage- en afnamecentra kunnen een beroep doen op verpleegkundige en administratieve ondersteuning.

De kosten die gepaard gaan met het opzetten en het draaiende houden van deze specifieke structuren zijn aanzienlijk en worden ten laste genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Over de invoering van een financiering voor de triage- en afnamecentra werd op 21 maart 2020 overleg gepleegd met de vertegenwoordigers van de artsen in de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen en op 24 maart 2020 met de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen in de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen.

Artikel 44 bevat de definitie van een triage- en afnamecentrum.

Artikel 45 legt de procedure vast voor het toekennen van een identificatienummer, noodzakelijk voor de facturatie. De centra kunnen via een keuzeformulier het rekeningnummer kenbaar maken waarop de forfaitaire vergoedingen en de honoraria kunnen gestort worden. Dit geeft de mogelijkheid aan de triage- en afnamecentra om de inkomsten te bundelen en te herverdelen.

Artikel 46 somt de vergoedingen op die vanaf 23 maart 2020 kunnen worden aangevraagd: een forfaitaire vergoeding voor de opstart, de dagelijkse coördinatie, en de verpleegkundige en administratieve ondersteuning en een vergoeding per prestatie voor het medisch onderzoek.

L'article 41 règle l'enregistrement des données. Comme les organismes assureurs doivent contrôler l'attestation des prestations (ex. : pas de cumul avec les consultations, pas de nomenclature des soins infirmiers à domicile), ils doivent disposer des données relatives aux patients et connaître les dates d'admission et de sortie. Ces données sont centralisées au Service public fédéral Santé publique et communiquées au Collège Intermutualiste national via l'INAMI.

L'article 42 précise que les prestataires de soins qui prestent dans la structure de soins intermédiaire sont sous la responsabilité de la structure de soins intermédiaire. La structure de soins intermédiaire s'assure de la situation relatives assurances nécessaires concernant, entre autres, la responsabilité professionnelle et l'assurance accidents du travail.

L'article 43 prévoit que la liste des structures qui peuvent facturer les interventions si elles respectent les dispositions de cet arrêté sera publiée sur le site Web sur la base de « l'agrément » que l'INAMI reçoit des entités fédérées. Ces structures en seront informées ; elles n'ont pas besoin de conclure de convention spécifique avec l'INAMI.

Chapitre 2. Centres de triage et de prélèvement

Les articles 44 à 52 organisent le financement temporaire des centres de triage et de prélèvement.

La directive de Sciensano du 17 mars 2020 fixe pour les médecins généralistes une procédure pour les patients avec suspicion d'infection au COVID-19. Si le médecin généraliste estime qu'un examen clinique est indispensable pour déterminer la sévérité de l'infection, il peut, sous certaines circonstances, faire lui-même l'examen clinique s'il dispose du matériel de protection nécessaire (gants, masque chirurgical type II,...). S'il n'a pas le matériel, il réfère le patient si possible dans un lieu de triage et sinon à l'hôpital. Suite à la pénurie d'équipements de protection, les généralistes sont invités à organiser des lieux de triage.

Le rapport du “Comité Primary and Outpatient Care Surge Capacity” du 17 mars 2020 démontre encore un autre objectif : éviter de surcharger les urgences avec des cas qui ne doivent pas être hospitalisés à ce moment-là. Les centres de triage et de prélèvement sont donc généralement ouverts à proximité d'un hôpital ou d'un service d'urgence.

Les centres de triage et de prélèvement sont des postes d'orientation créés spécifiquement pour examiner les patients susceptibles d'être infectés par le COVID-19, lorsqu'ils y sont envoyés par un médecin. Ainsi, ces patients ne doivent pas se rendre dans la salle d'attente d'un médecin généraliste ou aux urgences d'un hôpital, où ils pourraient contaminer d'autres personnes. Si nécessaire, le centre de triage et de prélèvement les oriente vers l'hôpital pour y être hospitalisés. Les centres de triage sont une initiative des médecins, des hôpitaux et des pouvoirs publics. Ils font partie des soins de première ligne.

Lors de sa réunion du 24 avril 2020, le Comité « Primary and Outpatient Care Surge Capacity » a recommandé que les centres de triage et de prélèvement se voient attribuer une fonction supplémentaire dans le cadre des « contact-tracing calls ».

Chaque centre est placé sous l'autorité d'un responsable médical. De plus, des coordinateurs médicaux y assurent l'organisation quotidienne, le planning, la répartition des médecins, etc... Les examens physiques sont effectués par des médecins et les centres de triage et de prélèvement peuvent faire appel à un soutien infirmier et administratif.

Les coûts liés à la mise en place et au fonctionnement de ces structures spécifiques sont considérables et sont couverts par l'assurance maladie obligatoire.

L'introduction du financement des centres de triage et de prélèvement a été discutée le 21 mars 2020 avec les représentants des médecins au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, et le 24 mars 2020 avec les représentants des organismes assureurs au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

L'article 44 contient la définition d'un centre de triage et de prélèvement.

L'article 45 fixe la procédure pour attribuer un numéro d'identification nécessaire à la facturation. Les centres peuvent indiquer au moyen d'un formulaire le numéro de compte sur lequel le montant forfaitaire et les honoraires peuvent être versés. Cela permet aux centres de triage et de prélèvement de mettre en commun et de redistribuer les revenus.

L'article 46 énumère les interventions qui peuvent être demandées à partir du 23 mars 2020 : une intervention forfaitaire pour le démarrage, la coordination journalière et le soutien infirmier et administratif, ainsi qu'une intervention à l'acte pour les examens médicaux.

Artikel 47 bepaalt de basisvoorwaarden en het maximale bedrag (7.230,60 euro) voor de toekenning van de vergoeding voor de opstartkost die in een Koninklijk besluit verder dienen uitgewerkt te worden.

Artikel 48 bepaalt het honorarium voor het klinisch onderzoek van de patiënt in het triage- en afnamecentrum. Dit honorarium komt overeen met dat van een consultatie bij een geaccrediteerde huisarts (26,78 euro). Het persoonlijk aandeel wordt volledig ten laste genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Als de raadpleging plaatsvindt op zaterdag, zondag of op een feestdag wordt een toeslag toegekend (13,20 euro).

Het artikel 49 bepaalt de vergoedingsvoorwaarden.

Het artikel 50 legt de betalingsmodaliteiten vast. De verstrekkingen worden niet aangerekend via de klassieke weg met een getuigschrift of e-fact, maar met een systeem van verzamelstaten waarop een minimum van gegevens wordt aangebracht die vervolgens door het Instituut worden gebundeld en door de verzekeringsinstellingen worden uitbetaald. Het beperken van handelingen, formaliteiten en papier draagt bij tot de veiligheid en de efficiëntie.

Artikel 51 legt de forfaitaire bedragen vast waarop de triageposten recht hebben voor de coördinatie door de medisch coördinator (80,34 euro per uur) en de administratieve ondersteuning (34,96 euro per uur). Per dag kunnen maximum 12 uren worden aangerekend, ongeacht het aantal medisch coördinatoren, verpleegkundigen of administratieve assistenten aanwezig in het triage- en afnamecentrum.

Dit artikel legt ook het forfaitair bedrag vast voor de verpleegkundige ondersteuning (47,25 euro per uur). Per dag kunnen maximum 12 uren worden aangerekend, ongeacht het aantal verpleegkundigen aanwezig in het triage- en afnamecentrum.

De Koning wordt ook gemachtigd om een financiële tussenkomst te voorzien voor de door Hem te bepalen handelingen die worden gesteld in een triage- en afnamecentrum en de nadere regels voor die financiële tussenkomst te bepalen.

Artikel 52 legt de betalingsmodaliteiten vast.

Hoofdstuk 3. Weekwacht

De artikelen 53 tot en met 56 regelen de tijdelijke en uitzonderlijke financiering van de huisartsenwachtposten tijdens de avonden en de nachten van de week. In normale omstandigheden werken deze wachtposten tijdens de weekends. De wachtposten laten toe dat voor het organiseren van de medische permanentie minder huisartsen moeten worden gemobiliseerd. Door de COVID19-crisis zijn een aantal artsen uitgeschakeld of uitgeput, zodat de normale organisatie van de weekwachten moeilijker wordt of meer belastend voor de wachtdoende artsen. De opening van de wachtposten tijdens de week kan op die manier bijdragen tot het behoud van artsen in hun praktijk of voor de wacht, of hun terugkeer bevorderen.

De maatregel, die een snelle financiering beoogt, is tijdelijk van aard en is aldus beperkt tot een periode van drie maanden. De budgettaire middelen zijn beschikbaar in het globale budget dat voor 2020 werd vastgelegd voor de werking van de huisartsenwachtposten.

Over de invoering van de weekwacht-maatregelen werd overleg gepleegd in de schoot van de Nationale commissie artsenziektenfondsen op 6 april 2020.

Artikel 53 bevat het principe van de financiering van de werking van de huisartsenwachtposten tijdens de week voor een periode beperkt tot drie maanden.

Artikel 54 bepaalt de voorwaarden voor de financiering, in het bijzonder de registratie van de wachtactiviteit.

Artikel 55 bepaalt enerzijds het bedrag van de financiering (50.000 euro) en financiële regeling anderzijds.

Artikel 56 regelt de rapportering over de maatregel aan de organen die binnen de verplichte ziekteverzekering ter zake bevoegd zijn.

De maatregel en de snelle uitvoering ervan zijn noodzakelijk om op de kortst mogelijke tijd aan de huisartsen een kader te bieden om gedurende de week minder van wacht te moeten zijn, zodat beschikbaar kunnen blijven of zich terug kunnen inschakelen in de strijd tegen het COVID-19-virus.

L'article 47 détermine les critères de base et le montant maximum (7.230,60 euros) pour l'octroi de l'intervention pour la mise en place, qui doivent être précisées dans un arrêté royal.

L'article 48 détermine le tarif de l'examen clinique du patient dans le centre de triage et de prélèvement. Ce tarif correspond à celui d'une consultation par un médecin généraliste accrédité (26,78 euros). La quote-part personnelle est entièrement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Si la consultation a lieu le samedi, le dimanche ou un jour férié, une majoration est accordée (13,20 euros).

L'article 49 détermine les conditions de remboursement.

L'article 50 fixe les modalités de paiement. Les prestations ne sont pas facturées par la voie traditionnelle au moyen d'une attestation de soins ou e-fact, mais avec un système d'états récapitulatifs complétés avec un minimum de données qui sont ensuite compilées par l'INAMI et versées par les organismes assureurs. La réduction des opérations, des formalités et de la paperasserie contribue à la sécurité et à l'efficacité.

L'article 51 fixe les montants forfaitaires auxquels les postes de triage ont droit pour la coordination par le coordinateur médical (80,34 euros par heure) et administratif (34,96 euros par heure). Un maximum de 12 heures par jour peut être facturé, quel que soit le nombre de coordinateurs médicaux, d'infirmiers ou d'assistants administratifs présents au centre de triage et de prélèvement.

Cet article fixe également le montant forfaitaire pour le support infirmier (47,25 euros par heure). Un maximum de 12 heures par jour peut être facturé, quel que soit le nombre d'infirmières présentes dans le centre de triage et de prélèvement.

Le Roi est aussi habilité à prévoir une intervention financière pour les actes posés dans une centre de triage et de prélèvement à déterminer par Lui ainsi qu'à déterminer les modalités de cette intervention financière.

L'article 52 fixe les modalités de paiement.

Chapitre 3. Garde de semaine

Les articles 53 à 56 organisent le financement temporaire et exceptionnel des postes de garde de médecine générale pendant les soirées et les nuits de la semaine. Dans des circonstances normales, ces postes de garde fonctionnent pendant les weekends. Les postes de garde permettent que, pour l'organisation de la permanence médicale, moins de médecins généralistes doivent être mobilisés. A cause du virus COVID19, un certain nombre de médecins ont arrêté leur activité ou sont épuisés de telle sorte que l'organisation normale des gardes de semaine devient plus difficile ou plus lourde pour les médecins de garde. L'ouverture des postes de garde pendant la semaine peut ainsi contribuer au maintien des médecins dans leur pratique ou pour la garde, ou favoriser leur retour.

La mesure, qui envisage un financement rapide, est temporaire et donc limitée à une période de trois mois. Les moyens budgétaires sont disponibles dans le budget global qui a été fixé pour 2020 pour le fonctionnement des postes de garde.

L'introduction de la mesure relative à la garde de semaine a fait l'objet d'une concertation au sein de la Commission nationale médico-mutualiste le 6 avril 2020.

L'article 53 contient le principe du financement du fonctionnement des postes de garde de médecine générale pendant la semaine pour une période limitée à trois mois.

L'article 54 détermine les conditions pour le financement, en particulier l'enregistrement de l'activité de garde.

L'article 55 détermine le montant du financement (50.000 euro) d'une part et le règlement financier d'autre part.

L'article 56 organise le reporting sur la mesure aux organes qui sont compétents dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

La mesure et sa mise en œuvre rapide sont nécessaires pour offrir aux médecins généralistes, dans les délais les plus courts possibles, un cadre qui leur permet de devoir être moins de garde la semaine, de façon à ce qu'ils puissent rester disponibles ou se réinvestir dans la lutte contre le virus COVID-19.

TITEL 5. — VERPLEEGKUNDIGEN

Het RIZIV heeft over deze maatregelen overlegd met vertegenwoordigers van de sector in de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen op 1 en 7 april 2020. Deze maatregelen werden ook besproken in het kader van het overleg tussen RIZIV en verzekeringsinstellingen op 7 april 2020.

De COVID-19-pandemie heeft verscheidene gevolgen voor de thuisverpleging. De thuisverpleegkundigen moeten bijzondere beschermingsmaatregelen in acht nemen om zichzelf en hun patiënten te vrijwaren van besmetting. Daarnaast bouwen verpleegkundige praktijken soms bewust minder essentiële zorg af om capaciteit vrij te maken voor de specifiek COVID-19 gerelateerde zorgvraag.

Om rekening te houden met deze nieuwe COVID-19-context worden er 2 maatregelen uitgewerkt, in overleg met de sector en de verzekeringsinstellingen, die gelden tijdens de COVID-19-crisis :

1) Opvolging en toezicht bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek

2) Valorisatie van verpleegkundige zorgen tijdens de COVID-19-maatregelen : kosten en gebruik van beschermingsmateriaal

Hoofdstuk 1. Opvolging en toezicht bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek

Artikel 57 specificeert de wijze waarop de verstrekkingen worden aangeduid en bepaalt de verschillende specifieke verstrekkingen die worden gecreëerd en hun toepassingsvoorwaarden.

Het betreft de volgende verstrekkingen :

419333 Opvolging en toezicht thuis bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek, gediagnosticeerd door een arts W 2,946

419355 Opvolging en toezicht in het weekeind of op een feestdag thuis bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek, gediagnosticeerd door een arts W 4,504

419370 Opvolging en toezicht in een hersteloorde bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek, gediagnosticeerd door een arts W 2,946

419392 Opvolging en toezicht in een gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek, gediagnosticeerd door een arts W 2,946

In dit artikel wordt verduidelijkt wat verstaan wordt onder opvolging en toezicht.

In artikel 58 wordt verduidelijkt wat verstaan wordt onder

- een patiënt met COVID-19-gerelateerde problematiek ;
- thuis ;
- thuis weekeind of feestdag ;
- hersteloorde;
- gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden.

Artikel 59 bepaalt de toepassingsvoorwaarden voor deze nieuwe verstrekkingen:

- het voorschrift ;
- het aantal verstrekkingen dat mag aangerekend worden per dag ;
- de cumulatie of het verbod op cumulatie met bepaalde andere verstrekkingen en pseudocodes ;
- het vallen onder de bepalingen van art. 8, § 3 van de nomenclatuur ;
- het meenemen in de berekening van het dagplafond ;
- de beroepsgroepen door wie ze mogen aangerekend worden ;
- de documentatie in het verpleegdossier;
- de rapportering aan de behandelende arts.

Artikel 60 bepaalt dat er geen persoonlijk aandeel verschuldigd is door de rechthebbenden.

Artikel 61 bepaalt dat er geen ereloon-supplementen mogen worden aangerekend.

Hoofdstuk 2. Valorisatie van verpleegkundige zorgen tijdens de COVID-19-maatregelen : kosten en gebruik van beschermingsmateriaal

Artikel 62 beschrijft de motivatie voor het invoeren van een bijkomend bedrag dat kan worden toegevoegd aan bepaalde geneeskundige verstrekkingen.

TITRE 5. — PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER

L'INAMI a discuté de ces mesures avec les représentants du secteur au sein de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs, les 1^{er} et 7 avril 2020. Ces mesures ont également été discutées dans le cadre des consultations entre l'INAMI et les organismes assureurs le 7 avril 2020.

La pandémie de COVID-19 a plusieurs conséquences sur les soins à domicile. Les infirmiers à domicile doivent observer des mesures de protection spéciales pour se protéger et protéger leurs patients contre l'infection. En outre, les pratiques de soins infirmiers réduisent parfois délibérément les soins essentiels afin de libérer des capacités pour la demande spécifique de soins liée à COVID-19.

Afin de prendre en compte ce nouveau contexte COVID-19, 2 mesures seront élaborées, en consultation avec le secteur et les institutions d'assurance, qui s'appliqueront pendant la crise COVID-19 :

1) Suivi et supervision des patients avec une problématique liée au COVID-19

2) Valorisation des soins infirmiers lors des mesures COVID-19 : coût et utilisation des équipements de protection

Chapitre 1. Suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19

L'article 57 précise la désignation des prestations et définit les différentes prestations spécifiques qui sont créées et leurs conditions d'application.

Il concerne les prestations suivantes :

419333 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile W 2,946 ;

419355 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile le week-end ou un jour férié W 4,504 ;

419370 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin en maison de convalescence W 2,946 ;

419392 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées W 2,946 ;

Cet article précise ce que l'on entend par suivi et surveillance.

L'article 58 précise ce que l'on entend par :

- un patient ayant une problématique liée au COVID-19 ;
- au domicile ;
- au domicile le week-end ou un jour férié;
- maison de convalescence ;
- le domicile ou la résidence communautaires de personnes handicapées.

L'article 59 fixe les conditions d'application de ces nouvelles prestations:

- la prescription ;
- le nombre de prestations qui peuvent être facturées par jour ;
- le cumul ou l'interdiction du cumul avec certaines autres prestations et les pseudocodes ;
- ils sont soumis aux dispositions de l'article 8 § 3 de la nomenclature ;
- inclusion dans le calcul du plafond journalier ;
- les groupes professionnels par lesquels ils peuvent être facturés ;
- la documentation du dossier infirmier ;
- le rapport au médecin traitant.

L'article 60 stipule qu'aucune intervention personnelle n'est due par les bénéficiaires.

L'article 61 stipule qu'aucun supplément ne peut être perçu.

Chapitre 2. Valorisation des soins infirmiers dans le cadre des mesures COVID-19 : coût et utilisation des équipements de protection

L'article 62 décrit la motivation de l'introduction d'un montant supplémentaire qui peut être ajouté à certaines prestations médicales.

Artikel 63 specificeert bij welke verstrekkingen en honoraria het bijkomend bedrag kan worden aangerekend en de wijze waarop, en bepaalt de verschillende specifieke pseudocodes die worden gecreëerd en hun toepassingsvoorwaarden.

Het betreft de volgende pseudocodes :

419252 Bijkomend bedrag in aanvulling op een basis-verstrekking/forfait PP W 0,554

419274 Bijkomend bedrag in aanvulling op een forfait A/forfait PA W 0,637

419296 Bijkomend bedrag in aanvulling op een forfait B/forfait PB W 0,776

419311 Bijkomend bedrag in aanvulling op een forfait C/forfait PC W 1,109

De toepassingsvoorwaarden voor deze nieuwe pseudocodes hebben betrekking op :

- de plaats van verstrekking ;
- de dag van verstrekking : geen onderscheid tussen week, weekeind en feestdag ;
- het niet-meenemen in de berekening van het dagplafond ;

Artikel 64 bepaalt dat er geen persoonlijk aandeel verschuldigd is door de rechthebbenden.

TITEL 6. — LABO TESTEN

Er werden akkoorden gesloten rond de maatregelen beschreven in dit besluit tijdens informeel overleg op afstand met vertegenwoordigers van mutualiteiten, laboratoria, ziekenhuizen, Sciensano, FAGG en de Commissie klinische biologie op 17 maart en 16 april 2020.

Overwegende de verklaring van de WHO omtrent de karakteristieken van het coronavirus COVID-19, in het bijzonder met betrekking tot de besmettelijkheid, het sterfterisico en het aantal gevallen dat werd gedetecteerd;

Overwegende de strategische aanbeveling van de WHO voor labo tests voor COVID19 op 20 maart 2020 : Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19 ;

Overwegende de richtlijnen van de Risk Management Group inzake de opsporing van het SARS-CoV-2-virus;

Overwegende de nota van Sciensano betreffende het gebruik van immunologische testen in het kader van COVID-19 pandemie van 3 april 2020;

Overwegende de beperkte capaciteit en de schaarste van testmateriaal;

Overwegende de belangen voor de volksgezondheid om de beperkte testen aan te kunnen bieden aan de meest noodbehoevende groepen;

Overwegende de beperkingen van de testen en de bijhorende risico's;

Artikel 65 geeft een overzicht van alle maatregelen:

1° er is een terugbetaling van testen van klinische biologie met het oog op het opsporen van het SARS-CoV-2 virus en met het oog op het opsporen van antigenen van het voornoemde virus onder bepaalde voorwaarden;

2° er is geen persoonlijk aandeel voor deze testen;

3° er is een verbod op ereloonsupplementen;

4° er is een verbod op het aanrekenen van testen die niet voldoen aan de toepassingsvoorwaarden aan patiënten;

5° er is een tijdelijk verbod op het aanrekenen van serologische testen.

Artikel 66 legt de terugbetaling vast van testen van klinische biologie met het oog op het opsporen van het SARS-CoV-2 virus en met het oog op het opsporen van antigenen van het voornoemde virus. Deze testen waren nog niet specifiek vergoedbaar via de verplichte ziekteverzekering.

De verstrekkingen worden omschreven via pseudonomenclatuurcodes:

554934-554945 - Opsporen van minstens het SARS-CoV-2-virus door middel van een techniek van moleculaire amplificatie

554956-554960 - Opsporen van antigenen van het SARS-CoV-2-virus.

Het tarief voor de verstrekking 554934-554945 bedraagt 46,81 euro, het tarief voor de verstrekking 554956-554960 bedraagt 16,72 euro.

Deze testen worden sterk aanbevolen in nationale en internationale richtlijnen, zoals de richtlijnen genomen door de Risk Management Group, gepubliceerd op de website van de Sciensano en de strategische aanbeveling van de WHO voor labo tests voor COVID-19 op 20 maart 2020 : Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19.

De antigen testen hebben een lagere gevoeligheid dan de moleculaire testen, maar leveren een snel resultaat op en kunnen helpen om de capaciteit tijdens de piek van de pandemie te vergroten.

L'article 63 précise à quelles prestations et honoraires les montants supplémentaires peuvent être imputés et de quelle manière, et définit les différents pseudocodes spécifiques qui sont créés et leurs conditions d'application.

Il s'agit des pseudocodes suivants :

419252 Montant complémentaire à la prestation de base/forfait PP W 0,554

419274 Montant complémentaire au forfait A/forfait PA W 0,637

419296 Montant complémentaire au forfait B/forfait PB W 0,776

419311 Montant complémentaire au forfait C/forfait PC W 1,109

Les conditions d'application de ces nouveaux pseudocodes concernent :

- le lieu de prestations ;

- le jour de la prestation : pas de distinction entre la semaine, le week-end et les jours fériés ;

- la non-inclusion dans le calcul du plafond journalier ;

L'article 64 stipule qu'aucune intervention personnelle n'est due par les bénéficiaires.

TITRE 6. — TESTS DE LABORATOIRE

Des accords ont été conclus autour des mesures décrites dans cet arrêté pendant des concertations informelles qui se sont tenues les 17 mars et 16 avril 2020 avec des représentants des organismes assureurs, des laboratoires, des hôpitaux, de Sciensano, de l'AFMPS et de la Commission de biologie clinique.

Considérant la déclaration de l'OMS sur les caractéristiques du coronavirus COVID-19, en particulier sur sa forte contagiosité, son risque de mortalité et le nombre de cas détectés ;

Considérant la recommandation stratégique de l'OMS pour les tests de laboratoire pour le COVID19 le 20 mars 2020 : Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19 ;

Considérant les directives du Risk Management Group en matière de détection du virus SARS-CoV-2 ;

Considérant la note de Sciensano concernant l'utilisation des tests immunologiques dans le cadre de la pandémie de COVID-19 du 3 avril 2020 ;

Considérant la capacité limitée et la pénurie de matériel de test ;

Considérant les intérêts pour la santé publique de pouvoir proposer les tests limités aux groupes en ayant le plus besoin ;

Considérant les restrictions des tests et les risques y afférant ;

L'article 65 donne un aperçu de toutes les mesures :

1° un remboursement des tests de biologie clinique relatifs à la détection du virus SARS-CoV-2 et à la détection d'antigènes de ce virus sous certaines conditions.

2° il n'y a pas d'intervention personnelle pour ces tests

3° il y a une interdiction de supplément

4° il y a une interdiction de porter en compte aux patients les tests qui ne dépendent pas aux conditions d'application

5° il y a une interdiction temporaire de porter en compte les tests sérologiques

L'article 66 fixe le remboursement des tests de biologie clinique relatifs à la détection du virus SARS-CoV-2 et à la détection d'antigènes de ce virus. Ces tests n'étaient pas encore spécifiquement remboursés via l'assurance maladie obligatoire.

Les prestations sont décrites via des pseudocodes de nomenclature :

554934-554945 - Dépistage au moins du virus SARS-CoV-2 au moyen d'une technique d'amplification moléculaire

554956-554960 - Détection d'antigènes du virus SARS-CoV-2

Le tarif pour la prestation 554934-554945 est de 46,81 euros, le tarif pour la prestation 554956-554960 est de 16,72 euros.

Ces tests sont fortement recommandés dans les directives nationales et internationales, comme les directives prises par le Risk Management Group, publiées sur le site web de Sciensano et la recommandation stratégique de l'OMS pour les tests de laboratoire pour COVID-19 le 20 mars 2020 : Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19.

Les tests antigènes ont une sensibilité plus basse que les tests moléculaires, mais livrent un résultat rapide et peuvent aider à augmenter la capacité pendant le pic de la pandémie.

De testen zullen vergoed worden wanneer ze gebruikt worden volgens de richtlijnen van de Risk Management Group die wordt gepubliceerd op de website van Sciensano of in uitzonderlijke situaties van duidelijk aantoonbaar klinische noodzaak bij risicopatiënten.

Bovendien worden enkel testen vergoed die uitgevoerd worden in erkende laboratoria die voldoen aan de voorwaarden dat Sciensano stelt inzake kwaliteitsbewaking en die ook voldoen aan bepaalde biologische veiligheidsvoorschriften.

Om de evolutie van de pandemie in België te kunnen opvolgen moeten de resultaten van de testen verstuurd worden naar de dienst Epidemiologie van Sciensano.

Om de schaarse testen correct en rationeel te kunnen inzetten bij de meest noodbehoevende groepen moet bij een staal een aanvraagformulier worden gevoegd, ondertekend door een arts, dat tenminste de volgende informatie bevat met betrekking tot de klinische omstandigheden waarin de test wordt aangevraagd:

- identificatie patiënt en voorschrijver;
- aangevraagde test.

- Of de test gebeurt binnen de testrichtlijnen die op het moment van de staalafname wordt gepubliceerd op de website van Sciensano.

- Of de test uitzonderlijk gebeurt bij duidelijk aantoonbare klinische noodzaak bij risicopatiënten

Er wordt ook aanbevolen dat dit aanvraagformulier de details van de klinische situatie omvat, of het om een zorgverlener of risicopatiënt gaat en de hospitalisatiestatus. Dit moet een prioritering mogelijk maken indien er meer aanvragen zijn dan er beschikbare capaciteit is.

Om epidemiologische, wetenschappelijke en administratieve analyses mogelijk te maken moeten de laboratoria de aanvraagformulieren in elektronische vorm bewaren.

Voor de periode van 1 maart tot en met 22 april kunnen de verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 elk maximum 2 keer per rechthebbende worden aangerekend.

Vanaf 22 april 2020 werden de testrichtlijnen versoepeld en kan er veel breder getest worden. Er kan bijvoorbeeld 1 tot 2 keer getest worden bij asymptomatische patiënten bij elke opname of bij elke nieuwe bewoner van een residentiële collectiviteit. Door deze brede screening zullen er verschillende situaties ontstaan waar er meer dan 2 testen gerechtvaardigd zijn en is het maximum van 2 keer per rechthebbende niet meer houdbaar.

Het honorarium voor de verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 omvat alle kosten die verbonden zijn met de test: het afnamemateriaal, apparatuur, reagentia, investeringskosten, kwaliteitsbewaking, personeelskosten, supervisie, beschermingsmateriaal, transportkosten, administratieve kosten,...

In de vergoedingsvoorwaarden die worden beschreven in artikel 66, § 3, zijn ook voorwaarden opgenomen i.v.m. de volgorde van uitvoeren, het herhalen en cumuleren van de testen die een rationeel gebruik van de testen afdwingen.

De verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 kunnen niet worden aangerekend voor de collectieve screening van asymptomatische bewoners van een residentiële collectiviteit (bv. woonzorgcentrum, verblijfscentrum voor personen met een handicap, opvangcentra, gevangenissen, ...). Deze testen zullen uitgevoerd en vergoed worden via het testplatform georganiseerd door en met medewerking van de federale overheid en gefedereerde entiteiten.

Artikel 67 bepaalt dat er geen persoonlijk aandeel is voor de rechthebbenden.

Artikel 68 legt een verbod op ereloonsupplementen op.

Artikel 69 legt een verbod op voor het aanrekenen van testen aan de verplichte ziekteverzekering of aan de patiënt indien die niet voldoen aan de toepassingsvoorwaarden beschreven in artikel 66, § 3.

Dit is noodzakelijk om de schaarse testen en de beperkte capaciteit te kunnen inzetten bij de patiënten met de grootste risico's, om de kwaliteit van de testen te bewaken en de patiënten te beschermen tegen onnodige medische kosten. Het betreft bijvoorbeeld testen die buiten de testrichtlijnen gebeuren en zonder duidelijk aantoonbare klinische noodzaak bij risicopatiënten, die in een laboratorium zijn uitgevoerd dat niet voorkomt op de lijst van Sciensano of die met testmateriaal zijn uitgevoerd dat niet werd goedgekeurd door het FAGG of Sciensano.

Artikel 70 legt een tijdelijk verbod op voor het aanrekenen van serologische testen voor de opsporing van antilichamen tegen het SARS-CoV-2-VIRUS, voor de looptijd van de toepassing van het koninklijk besluit van 17 maart 2020 tot instelling van een verbod op de terbeschikkingstelling, de ingebruikname en het gebruik van snelle tests voor het meten of opsporen van antilichamen met betrekking tot het SARS-CoV-2-VIRUS.

Les tests seront remboursés lorsqu'ils sont utilisés suivant les directives du Risk Management Group qui sont publiées sur le site web de Sciensano ou exceptionnellement en cas de besoin clinique clairement démontrable chez des patients à risques.

De plus, seuls seront remboursés les tests exécutés dans des laboratoires agréés qui satisfont aux conditions que Sciensano pose en matière de surveillance de la qualité et qui satisfont aussi à des prescriptions de sécurité déterminées.

Afin de pouvoir suivre la pandémie en Belgique, les résultats des tests doivent être envoyés au service Epidemiologie de Sciensano.

Afin d'utiliser les précieux tests de façon correcte et rationnelle auprès des groupes de patients en ayant le plus besoin, un formulaire de demande doit accompagner l'échantillon, signé par un médecin, et contenant au moins les informations suivantes concernant les circonstances cliniques dans lesquelles le test est demandé :

- identification du patient et du prescripteur
- test demandé

- si le test est effectué dans le cadre des directives concernant les tests qui sont publiées sur le site web de Sciensano au moment du prélèvement de l'échantillon

- si le test est effectué exceptionnellement en cas d'un besoin clinique clairement démontrable chez des patients à risque

Il est aussi recommandé que ce formulaire de demande contienne les détails de la situation clinique, s'il s'agit d'un dispensateur de soins ou d'un patient à risque et le statut d'hospitalisation. Cela doit rendre une priorisation possible s'il y a plus de demande que la capacité disponible.

Afin de rendre possible des analyses épidémiologiques, scientifiques et administratives, les laboratoires doivent conserver les formulaires de demandes sous format électronique.

À partir du 1 mars et jusqu'au 22 avril les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent chacune être portées en compte maximum 2 fois par bénéficiaire.

À partir du 22 avril 2020, les directives relatives aux tests ont été assouplies et les tests peuvent être effectués à un champ beaucoup plus large. Par exemple, des tests peuvent être effectués une ou deux fois chez les patients asymptomatiques à chaque admission ou chez chaque nouveau résident d'une collectivité résidentielle. Ce large dépistage entraînera différentes situations où plus que deux tests sont justifiés et où le maximum de deux fois par bénéficiaire n'est plus tenable.

L'honoraire pour les prestations 554934-554945 et 554956-554960 inclut tous les coûts liés au test : le matériel de prélèvement, l'appareillage, les réactifs, les coûts d'investissement, la supervision, le matériel de protection, les coûts de transport, les coûts administratifs,...

Dans les conditions de remboursement décrites dans l'article 66, § 3, des conditions concernant l'ordre chronologique des tests, leur répétition et leur cumul sont reprises afin d'imposer un emploi rationnel des tests.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 ne peuvent être portées en compte pour le dépistage collectif chez des résidents asymptomatiques dans une collectivité résidentielle (ex. : maisons de repos, maison de vie pour personnes handicapées, centre d'accueil pour jeunes, prisons,...). Ces tests seront réalisés et financés par la plateforme de tests organisée par et avec la coopération du gouvernement fédéral et des entités fédérées.

L'article 67 détermine qu'il n'y a pas d'intervention personnelle pour l'ayant-droit.

L'article 68 impose une interdiction de supplément d'honoraire.

L'article 69 impose une interdiction de porter en compte à l'assurance maladie obligatoire ou au patient les tests qui ne satisfont pas aux conditions d'application décrites dans l'article 66, § 3.

Cela est nécessaire afin de pouvoir utiliser les précieux tests et la capacité limitée auprès des patients présentant les plus grands risques, de surveiller la qualité des tests et de protéger les patients contre d'inutiles frais médicaux. Cela concerne par exemple les tests qui sont réalisés en dehors des directives concernant les tests et sans besoin clinique clairement démontrable chez des patients à risque, qui sont réalisés dans un laboratoire qui n'apparaît pas sur la liste de Sciensano ou qui sont réalisés avec du matériel de test qui n'a pas été approuvé par l'AFMPS ou Sciensano.

L'article 70 impose une interdiction temporaire de porter en compte les tests sérologiques pour la détection d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2, pour la durée d'application de l'arrêté royal du 17 mars 2020 interdisant la mise à disposition, la mise en service et l'utilisation des tests rapides de mesure ou de détection des anticorps liés au virus SARS-CoV-2.

De serologische testen zullen in een volgende fase een belangrijke rol krijgen. Voorlopig zijn er nog geen duidelijke praktijkrichtlijnen voor het gebruik ervan.

Volgens het advies van de Risk Assessment Group over indicaties-telling en gebruik van testen voor de diagnose en de opvolging van COVID-19 daterende van 20/04/2020 is er nog geen validatie van de verschillende soorten serologische tests. De testen zullen nuttig zijn op diagnostisch, arbeidsgeneeskundig en epidemiologisch vlak, het gebruik van deze serologische testen in deze domeinen moet nog beter bepaald worden. Ook hier moet worden rekening gehouden met een schaarste van testen waardoor het gebruik rationeel moet worden aangestuurd door de wetenschappelijk gefundeerde vergoedingsvoorwaarden.

De opsporing van antigenen van en antilichamen tegen het SARS-CoV-2-virus kunnen nog niet aangerekend worden via de verstrekkingen 552016-552020 of 551655-551666 uit artikel 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Indien er richtlijnen over het gebruik van de serologische testen gepubliceerd worden op de website van Sciensano kan dit verbod worden ingetrokken en kan een terugbetaling door de Koning voorzien worden.

De Koning zal de doelgroepen en de vergoedingsvoorwaarden bepalen van de opsporingstesten die voorkomen op een lijst opgesteld door Sciensano.

De waarde van de verstrekking is op 9,60 euro bepaald.

TITEL 7. — BESCHERMINGSMAATREGELEN

Artikel 71 voorziet dat de Koning - voor de categorieën van zorgverleners die Hij aanduidt en onder de voorwaarden die Hij vaststelt - een tijdelijke financiële tussenkomst kan voorzien in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID 19 pandemie.

Aan de rechthebbenden kunnen geen bijkomende bedragen, van welke soort ook, worden aangerekend door de zorgverleners voor wat betreft de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, ongeacht het conventiestatuut.

TITEL 8. — SLOTBEPALINGEN

Artikel 72 voorziet dat het aan de Koning toekomt om de datum vast te stellen waarop de tijdelijke maatregelen eindigen. In functie van onder andere de evolutie van de sanitaire situatie, de algemene situatie, de maatregelen uitgevoerd ten gevolge van de fasen inzake opheffing van inperkingsmaatregelen en de werkelijke beschikbaarheid van zorgverleners, zal het einde van de verschillende maatregelen in de tijd moeten worden gespreid. De Koning zal dus voor elke maatregel de meest geschikte datum kunnen vaststellen om deze op te heffen.

Dit besluit zal moeten worden bekrachtigd bij wet overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II). De maatregelen die worden genomen op basis van dit besluit zullen een in de tijd beperkt effect hebben en beogen niet om de reglementering definitief te wijzigen. Echter, de noodzakelijke opvolging voor die handelingen, en in het bijzonder de facturatie en de betalingen, zullen nog enige tijd vereisen om te regulariseren nadat de laatste van die handelingen zal gesteld zijn.

Artikel 73 voorziet de opheffing van het koninklijk besluit van 27 maart 2020 tot stopzetting van de kalenders die de termijnen bepalen voor de uitvoering van de procedures tot wijziging van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en van de lijst van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen ten gevolge van de pandemie COVID-19. Artikel 1 van de tekst in ontwerp heeft immers dezelfde doelstelling.

Les tests sérologiques joueront un rôle important dans une prochaine phase. Pour l'instant, il n'existe pas de directives pratiques claires pour leur utilisation.

Selon l'avis du Risk Assessment group sur les indications et l'emploi des tests pour le diagnostic et le suivi du COVID-19 datant du 20/04/2020, il n'y a pas encore de validation des différentes sortes de tests sérologiques. Les tests seront utiles au niveau diagnostique, épidémiologique et au niveau de la médecine du travail, l'utilisation de ces tests sérologiques dans ces domaines doit encore mieux être déterminée. Il doit aussi être tenu compte ici de la rareté des tests, l'utilisation rationnelle doit pouvoir dès lors être dirigée au moyen de conditions de remboursement fondées scientifiquement.

La détection des antigènes du virus SARS-CoV-2 et des anticorps contre ce virus ne peuvent pas encore être portées en compte via les prestations 552016-552020 ou 551655-551666 de l'article 24 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Lorsque des directives sur l'emploi des tests sérologiques seront publiées sur le site de Sciensano, cette interdiction pourra être levée et un remboursement pourra être prévu par le Roi.

Le Roi déterminera les groupes cibles et les conditions de remboursement pour les tests de détection repris sur une liste dressée par Sciensano.

La valeur de la prestation est fixée à 9,60 euros.

TITRE 7. — MESURES DE PROTECTION

L'article 71 prévoit que le Roi peut - pour les catégories de dispensateurs de soins qu'il désigne et aux conditions qu'il fixe - prévoir une intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

Aucun montant supplémentaire, de quelque type que ce soit, ne peut être facturé par le dispensateur de soins aux bénéficiaires en ce qui concerne les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel, quel que soit le statut de conventionnement.

TITRE 8. — DISPOSITIONS FINALES

L'article 72 prévoit qu'il reviendra au Roi de fixer la date de fin des mesures temporaires. En fonction notamment de l'évolution de la situation sanitaire, de la situation générale, des mesures mises en œuvre suite aux phases de déconfinement et des disponibilités réelles des dispensateurs de soins, il conviendra d'échelonner dans le temps la fin des différentes mesures. Le Roi pourra donc fixer pour chaque mesure la date la plus appropriée pour leur abrogation.

Le présent arrêté royal devra être confirmé par la loi conformément à l'article 7, alinéa 2, de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II). Les mesures adoptées sur base du présent arrêté auront des effets limités dans le temps et ne visent pas à modifier la réglementation de manière définitive. Toutefois, le suivi nécessaire pour ces actes, et notamment la facturation et les paiements, exigeront encore un petit temps de régularisation après que les derniers de ces actes aient été posés.

L'article 73 prévoit l'abrogation de l'arrêté royal du 27 mars 2020 visant l'interruption des calendriers qui déterminent les délais pour l'exécution des procédures de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs suite à la pandémie COVID-19. En effet, l'article 1^{er} du texte en projet vise le même objectif.

Artikel 74 bepaalt de inwerkingtreding van het koninklijk besluit. Om de belangen van de patiënten en de zorgverleners te waarborgen wordt voorgesteld dat de maatregelen kunnen worden genomen met terugwerkende kracht.

De bepalingen van titel 3 hebben uitwerking met ingang van 14 maart 2020.

De moleculaire testen zullen kunnen aangerekend worden vanaf 1 maart 2020, de antigen testen zullen aangerekend kunnen worden vanaf 1 april 2020.

De bepalingen betreffende de beschermingsmaatregelen hebben uitwerking met ingang van 4 mei 2020.

De machtiging aan de Koning om een financiële tussenkomst te voorzien voor de door Hem te bepalen handelingen die worden gesteld in een triage- en afnamecentrum, treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaar,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

13 MEI 2020. — Koninklijk besluit nr. 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II), de artikelen 5, § 1, 1°, en 6;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 5 mei 2020 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 8 mei 2020 ;

Gelet op het artikel 8, § 2, 2°, van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging, is dit besluit vrijgesteld van een regelgevingsimpactanalyse;

Gelet op de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (I), artikel 4, tweede lid;

Overwegende de spoedeisendheid gemotiveerd door de uitbraak van de pandemie coronavirus COVID-19 op het Belgisch grondgebied en de onmogelijkheid om de gevestigde instanties formeel bijeen te roepen;

Overwegende de substantiële toename van het formeel en fysiek overleg dat nodig zou zijn in technische werkgroepen, raden en commissies om de kritieke situaties als gevolg van de verspreiding van het coronavirus COVID-19 aan te pakken;

Overwegende de noodzaak om alle maatregelen die om redenen van volksgezondheid en continuïteit van zorg zijn vastgesteld en reeds zijn uitgevoerd, zo spoedig mogelijk te regulariseren alsook om de terugwerkende kracht ervan te beperken en de rechtszekerheid te waarborgen voor alle actoren die dagelijks bij de bestrijding van de pandemie betrokken zijn;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

TITEL 1. — ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1. Behoudens een tegengestelde vermelding in dit besluit of een andere wettelijke of reglementaire bepaling aangenomen na 13 maart 2020, worden de termijnen die zijn voorzien bij of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de termijnen voorzien bij of krachtens afdeling XVI en afdeling XXII van hoofdstuk V van titel III, de titels IV, V, Vbis, hoofdstuk III van titel VI en hoofdstukken II, III en IV van titel VII van de wet, geschorst vanaf 13 maart 2020 tot een door de Koning op generieke wijze of voor sommige van die termijnen te bepalen datum.

L'article 74 détermine l'entrée en vigueur de l'arrêté royal. Pour garantir les intérêts des patients et des dispensateurs de soins, il est proposé que les mesures puissent être adoptées avec effet rétroactif.

Les dispositions du titre 3 produisent leurs effets le 14 mars 2020.

Les tests moléculaires pourront être portés en compte à partir du 1 mars 2020, les tests antigènes pourront être portés en compte à partir du 1 avril 2020.

Les dispositions relatives aux mesures de protection produisent leurs effets le 4 mai 2020.

L'habilitation au Roi pour prévoir une intervention financière pour les actes déterminés par Lui qui sont posés dans un centre de triage et de prélèvement entre en vigueur à une date à fixer par le Roi.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
le très respectueux
et très fidèle serviteur,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

13 MAI 2020. — Arrêté royal n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II), les articles 5, § 1^{er}, 1°, et 6 ;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 5 mai 2020 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 8 mai 2020 ;

Vu l'article 8, § 2, 2°, de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses concernant la simplification administrative, le présent arrêté est excepté de l'analyse d'impact de la réglementation ;

Vu la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (I), l'article 4, alinéa 2 ;

Considérant l'urgence motivée par l'apparition de la pandémie coronavirus COVID-19 sur le territoire belge et l'impossibilité de réunir formellement les organes institués ;

Considérant l'augmentation substantielle du nombre de concertations formelles et physiques qui seraient requises dans des groupes de travail techniques, des conseils et des commissions en vue de faire face aux situations critiques découlant de la propagation du coronavirus COVID-19 ;

Considérant la nécessité de régulariser au plus vite l'ensemble des mesures adoptées et déjà mises en œuvre pour des raisons de santé publique et de continuité des soins ainsi qu'afin de limiter la rétroactivité de celles-ci et de garantir la sécurité juridique pour l'ensemble des acteurs impliqués au quotidien dans la lutte contre la pandémie ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

TITRE 1^{er}. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}. Sauf mention contraire dans le présent arrêté ou une autre disposition légale ou réglementaire adoptée après le 13 mars 2020, les délais prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des délais prévus par ou en vertu des sections XVI et XXII du chapitre V du titre III, des titres IV, V, Vbis, du chapitre III du titre VI et des chapitres II, III et IV du titre VII de la loi, sont suspendus à partir du 13 mars 2020 jusqu'à une date à fixer par le Roi de manière générique ou pour certains de ces délais.

Art. 2. De procedures die zijn ingesteld bij of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kunnen schriftelijk plaatsvinden of op afstand.

Zo nodig kunnen de adviezen worden ingewonnen binnen een kortere termijn dan de wettelijk of reglementair voorgeschreven termijn of kunnen de maatregelen worden genomen zonder dat de wettelijk of reglementair voorgeschreven voorstellen of adviezen voorafgaandelijk worden ingewonnen.

TITRE 2. — ZUURSTOFCONCENTRATOREN

Art. 3. In hoofdstuk 2, afdeling 6, van deel 1 van de bijlage gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 13 maart 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In § 1, wordt de lijst van de middelen aangevuld met de volgende middelen:

VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, DEVILBISS DRIVE 525 KS (SOS OXYGENE Benelux)

VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PERFECTO2 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)

VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PLATINUM 9 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)

2° In § 2, wordt punt A, 1°, aangevuld als volgt:

Installatie door de leverancier:

Art. 2. Les procédures instituées par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 peuvent avoir lieu par écrit ou à distance.

Si nécessaire, les avis peuvent être recueillis dans un délai abrégé par rapport au délai légalement ou réglementairement requis ou les mesures peuvent être prises sans que les propositions ou avis légalement ou réglementairement requis soient préalablement recueillis.

TITRE 2. — OXYCONCENTRATEURS

Art. 3. Au chapitre 2, section 6, de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 20°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 13 mars 2016, les modifications suivantes sont apportées :

1° Au § 1^{er}, la liste des moyens est complétée par les moyens suivants :

OXYCONCENTRATEUR FIXE, DEVILBISS DRIVE 525 KS (SOS OXYGENE Benelux)

OXYCONCENTRATEUR FIXE, PERFECTO2 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)

OXYCONCENTRATEUR FIXE, PLATINUM 9 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)

2° Au § 2, le point A, 1°, est complété par les dispositions suivantes:

Installation par le fournisseur:

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Prix	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, DEVILBISS DRIVE 525 KS/ OXYCONCENTRATEUR FIXE, DEVILBISS DRIVE 525 KS (SOS OXYGENE Benelux)	31,80	31,80	0,00	0,00
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PERFECTO2 INVACARE/OXYCONCENTRATEUR FIXE, PERFECTO2 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	31,80	31,80	0,00	0,00
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PLATINUM 9 INVACARE/ OXYCONCENTRATEUR FIXE, PLATINUM 9 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	31,80	31,80	0,00	0,00

3° In § 2 wordt punt A, 2°, a), aangevuld als volgt:

Huurgeld en onderhoud :

3° Au § 2, le point A, 2°, a) est complété par les dispositions suivantes :

Location et entretien

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Prix	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, DEVILBISS DRIVE 525 KS/ OXYCONCENTRATEUR FIXE, DEVILBISS DRIVE 525 KS (SOS OXYGENE Benelux)	90,10	90,10	0,00	0,00
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PERFECTO2 (INVACARE)/OXYCONCENTRATEUR FIXE, PERFECTO2 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	90,10	90,10	0,00	0,00
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PLATINUM 9, INVACARE/OXYCONCENTRATEUR FIXE, PLATINUM 9 INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	90,10	90,10	0,00	0,00

Bevochtiger voor éénmalig gebruik:

Humidificateur à usage unique

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Prix	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, DEVILBISS DRIVE 525 KS/ OXYCONCENTRATEUR FIXE, DEVILBISS DRIVE 525 KS (SOS OXYGENE Benelux)	5,51	5,51	0,00	0,00

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Prix	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PERFECTO2 INVACARE/OXYCONCENTRATEUR FIXE, PERFECTO2, INVACARE (SOS OXYGENE Benelux)	5,51	5,51	0,00	0,00
A		VASTE ZUURSTOFCONCENTRATOR, PLATINUM 9 INVACARE/OXYCONCENTRATEUR FIXE PLATINUM 9, INVA- CARE (SOS OXYGENE Benelux)	5,51	5,51	0,00	0,00

TITEL 3. — CONTINUÏTEIT VAN ZORG**HOOFDSTUK 1. — Algemene bepalingen**

Art. 4. § 1. De verstrekkingen worden aangeduid met een rangnummer vóór de omschrijving van de verstrekking. De omschrijving van elke verstrekking wordt gevolgd door de sleutelletter N voor de verstrekkingen van de artsen of tandarts, C voor het toezicht door een arts-specialist op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, K voor de technische verstrekkingen van artsen-specialisten, M voor de verstrekkingen van kinesitherapeuten.

§ 2. Die sleutelletter komt vóór een coëfficiëntgetal dat de betrekkelijke waarde van elke verstrekking aangeeft.

§ 3. De sleutelletter is een teken waarvan de waarde in euro als volgt is bepaald:

— voor de verstrekking 444710 – 444721 opgenomen in artikel 5 van dit besluit wordt de waarde van de sleutelletter K vastgesteld op 1,290865 EUR;

— voor de verstrekkingen opgenomen in artikel 6 van dit besluit wordt de waarde van de sleutelletter N vastgesteld op 0,774166 EUR ;

— voor de verstrekkingen opgenomen in artikel 6 van dit besluit wordt de waarde van de sleutelletter C vastgesteld op 1,4 EUR ;

— voor de verstrekkingen opgenomen in de artikelen 8, 9 en 10 van dit besluit wordt de waarde van N vastgesteld op 2 EUR

— voor de verstrekkingen opgenomen in de artikel 12 van dit besluit wordt de waarde van N vastgesteld op 4 EUR

— voor de verstrekking 518011 opgenomen in artikel 13 van dit besluit wordt de waarde van de sleutelletter M vastgesteld op 0,930233 EUR ;

— voor de verstrekking 518033 opgenomen in artikel 13 van dit besluit wordt de waarde van de sleutelletter M vastgesteld op 0,925926 EUR.

§ 4. Op elke nota, opgemaakt ter staving van het verrichten van één of andere verstrekking, moet het in § 1 bedoelde rangnummer vermeld worden.

§ 5. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

1° “de nomenclatuur” in de artikelen 4 tot en met 18 van dit besluit: de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zoals bedoeld in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° “de nomenclatuur” in de artikelen 19 tot en met 28 van dit besluit: koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen.

HOOFDSTUK 2. — Verstrekkingen in een ziekenhuis

Art. 5. Verkorte bestraling bij borstkankerpatiënten:

444710-444721

Borstbestraling via hypofractionering (5 fracties) met gebruik van intensiteitsmodulatie (IMRT) in kader van COVID-19 K 2000.

In tegenstelling tot de bepalingen van artikel 19, § 1, categorie 4, van de nomenclatuur, is de verplichting om minstens 15 fracties volgens IMRT toe te dienen niet van toepassing op de verstrekking 444710-444721.

TITRE 3. — CONTINUITÉ DES SOINS**CHAPITRE 1^{er}. — Dispositions générales**

Art. 4. § 1^{er}. Les prestations sont désignées par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation. Le libellé de chaque prestation est suivi de la lettre-clé N pour les prestations des médecins ou dentistes, C pour la surveillance par un médecin spécialiste d'un patient hospitalisé, K pour les prestations techniques des médecins spécialistes, M pour les prestations des kinésithérapeutes.

§ 2. Cette lettre-clé est suivie d'un nombre-coefficient qui exprime la valeur relative de chaque prestation.

§ 3. La lettre-clé est un signe dont la valeur en euro est fixée comme suit :

— pour la prestation 444710 – 444721 reprise à l'article 5 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé K est fixée à 1,290865 EUR;

— pour les prestations reprises à l'article 6 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé N est fixée à 0,774166 EUR ;

— pour les prestations reprises à l'article 6 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé C est fixée à 1,4 EUR ;

— pour les prestations reprises aux articles 8, 9 et 10 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé N est fixée à 2 EUR

— pour les prestations reprises à l'article 12 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé N est fixée à 4 EUR

— pour la prestation 518011 reprise à l'article 13 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé M est fixée à 0,930233 EUR ;

— pour la prestation 518033 reprise à l'article 13 du présent arrêté, la valeur de la lettre-clé M est fixée à 0,925926 EUR.

§ 4. Toute note établie pour attester avoir effectué une quelconque prestation doit mentionner le numéro d'ordre mentionné au § 1^{er}.

§ 5. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° “la nomenclature” aux articles 4 jusqu'à 18 inclus du présent arrêté: la nomenclature des prestations de santé telle que visée à l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

2° “la nomenclature” aux articles 19 jusqu'à 28 inclus du présent arrêté: l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visées à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix.

CHAPITRE 2. — Prestations à l'hôpital

Art. 5. Radiothérapie hypofractionnée du cancer du sein :

444710 – 444721

Irradiation du sein via hypofractionnement (5 fractions) avec modulation d'intensité (IMRT) dans le cadre du COVID-19 K2000

Contrairement aux dispositions de l'article 19, § 1^{er}, catégorie 4, de la nomenclature, l'obligation de délivrer au moins 15 fractions avec IMRT ne s'applique pas pour la prestation 444710-444721.

HOOFDSTUK 3. — *Bijzonder toezicht op patiënten met COVID-19***Art. 6.** § 1. Identificatie van de COVID-19-patiënt:

793800

COVID-19-patiënt N 0

De verstrekking 793800 wordt geattesteerd voor alle gehospitaliseerde COVID-19-patiënten.

Onder COVID-19-patiënt wordt verstaan:

- een persoon met laboratoriumbevestiging van COVID-19 infectie

of

- een persoon bij wie de laboratoriumtest voor COVID-19 negatief is, maar bij wie de diagnose van COVID-19 wordt gesteld op basis van een suggestieve klinische presentatie EN een compatibele CT thorax.

§ 2. Verstrekkingen die de bekwaliging vereisen van een arts-specialist zoals bepaald in artikel 13, § 1, B, van de nomenclatuur:

211960

Metingen van hartdebiet door thermodilutiecuren of kleurstofdilutiecuren, vanaf de eerste dag voor COVID-19-patiënten, per dag N 92

De verstrekking 211960 is niet cumuleerbaar met de verstrekking 211326 van artikel 13 van de nomenclatuur.

211982

Toezicht op de extracorporele membraanoxygenatie (ECMO) buiten de heelkundige bewerkingen, vanaf de tweede dag voor COVID-19-patiënten, per dag N 168

De verstrekking 211982 is niet cumuleerbaar met de verstrekking 211385 van artikel 13 van de nomenclatuur.

De toepassingsregels voor de verstrekking 211982 zijn dezelfde als deze voor de verstrekking 211363 opgenomen in artikel 13 van de nomenclatuur.

De verstrekkingen 211960 en 211982 kunnen enkel aangerekend worden voor COVID-19-patiënten opgenomen op een erkende functie intensieve zorg alsook op de bijkomende bedden voor intensieve zorg die dagelijks aan de FOD Volksgezondheid worden doorgegeven.

De bepaling van artikel 13, § 2, 10°, van de nomenclatuur wordt opgeschort.

De verstrekkingen van artikel 13, § 1, B, van de nomenclatuur en de verstrekkingen 211960 en 211982 zijn eveneens aanrekenbaar op de bijkomende bedden intensieve zorg (zonder dienstcode 49) die dagelijks aan de FOD Volksgezondheid worden doorgegeven.

§ 3. Verstrekkingen die de bekwaliging vereisen van een arts-specialist zoals bepaald in artikel 13, § 1, A, van de nomenclatuur:

211061

Installatie van en toezicht op gecontroleerde of geassisteerde continue kunstmatige beademing, onder tracheale intubatie of tracheotomie buiten de narcose, inbegrepen de capnometrie, vanaf de derde dag voor COVID-19-patiënten, per dag N 168

De toepassingsregels voor verstrekking 211061 zijn dezelfde als deze voor de verstrekking 211046 van artikel 13 van de nomenclatuur.

212063

Continu toezicht op de vitale en niet-vitale functies met een waaktoestel dat op zijn minst bestendig het elektrocardiogram volgt, inclusief de eventuele registraties, buiten de narcoses, de heelkundige en verloskundige bewerkingen en buiten de functionele harttests, vanaf de derde dag voor COVID-19-patiënten, per dag N 30

De toepassingsregels voor verstrekking 212063 zijn dezelfde als deze voor de verstrekking 212041 van artikel 13 van de nomenclatuur.

214060

Continu toezicht op de hartfunctie (met of zonder toezicht op andere vitale parameters) met een waaktoestel dat, benevens het elektrocardiogram, op zijn minst bestendig de arteriële druk door middel van een intra-arteriële katheter volgt (buiten de narcoses, de heelkundige en verloskundige bewerkingen en buiten de functionele harttests), inclusief de eventuele registraties, vanaf de derde dag voor COVID-19-patiënten, per dag N 85

De toepassingsregels voor verstrekking 214060 zijn dezelfde als deze voor de verstrekking 214045 van artikel 13 van de nomenclatuur.

CHAPITRE 3. — *Surveillance particulière des patients avec COVID-19***Art. 6.** § 1^{er}. Identification du patient COVID-19

793800

Patient COVID-19 N 0

La prestation 793800 est attestée pour tous les patients COVID-19 hospitalisés.

Par patient COVID-19, on entend :

- une personne qui a un diagnostic de COVID-19 confirmé par test de laboratoire

ou

- une personne dont le test laboratoire de COVID-19 est revenu négatif mais pour lequel le diagnostic de COVID-19 est néanmoins retenu sur la base d'une présentation clinique évocatrice ET d'un scanner thoracique compatible.

§ 2. Prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste tel que prévu à l'article 13, § 1^{er}, B, de la nomenclature :

211960

Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant à partir du premier jour pour les patients COVID-19, par jour N 92

La prestation 211960 n'est pas cumuleable avec la prestation 211326 de l'article 13 de la nomenclature.

211982

Surveillance de l'oxygénation membraneuse extracorporelle (ECMO) en dehors des interventions chirurgicales à partir du deuxième jour pour les patients COVID-19 N 168

La prestation 211982 n'est pas cumuleable avec la prestation 211385 de l'article 13 de la nomenclature.

Les règles d'application pour la prestation 211982 sont les mêmes que celles prévues pour la prestation 211363 de l'article 13 de la nomenclature.

Les prestations 211960 et 211982 peuvent uniquement être attestées pour les patients COVID-19 hospitalisés dans une fonction de soins intensifs agréée ainsi que les lits de soins intensifs supplémentaires qui sont communiqués chaque jour au SPF Santé publique.

La disposition de l'article 13, § 2, 10°, de la nomenclature est suspendue.

Les prestations de l'article 13, § 1^{er}, B, de la nomenclature et les prestations 211960 et 211982 peuvent également être attestées pour les lits de soins intensifs supplémentaires (sans code service 49) qui sont communiqués chaque jour au SPF Santé publique.

§ 3. Prestations qui nécessitent la qualification de médecin spécialiste tel que prévu à l'article 13, § 1^{er}, A, de la nomenclature :

211061

Installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, y compris la capnométrie, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19 N 168

Les règles d'application pour la prestation 211061 sont les mêmes que celles prévues pour la prestation 211046 de l'article 13 de la nomenclature.

212063

Surveillance continue des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil de surveillance qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme y compris les enregistrements éventuels, en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19 N 30

Les règles d'application pour la prestation 212063 sont les mêmes que celles prévues pour la prestation 212041 de l'article 13 de la nomenclature.

214060

Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres paramètres vitaux) à l'aide d'un appareil de surveillance qui à côté de l'électrocardiogramme suit de façon permanente la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel (en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques), y compris les enregistrements éventuels, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19 N 85

Les règles d'application pour la prestation 214060 sont les mêmes que celles prévues pour la prestation 214045 de l'article 13 de la nomenclature.

214141

Metingen van hartdebiet door thermodilutiecuren of kleurstofdilutiecuren en/of continue monitoring van de intracardiale of pulmonale druk door middel van een intracardiale katheter, vanaf de derde dag voor COVID-19-patiënten, per dag N 92

Het honorarium voor de verstrekking 214141 mag niet worden samengevoegd met het honorarium voor de verstrekking 475075 – 475086 van artikel 11 van de nomenclatuur.

De verstrekkingen 211061, 212063, 214060 en 214141 kunnen enkel aangerekend worden op de niet-intensieve zorg bedden die specifiek voorbehouden zijn voor COVID-19-patiënten.

§ 4. Verstrekkingen voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen COVID-19-patiënt:

597984

Bijkomend honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende COVID-19-patiënt, per dag C 20

De verstrekking 597984 kan aangerekend worden door een arts-specialist.

De verstrekking 597984 kan per patiënt en per dag slechts één keer gecumuleerd worden met het gebruikelijke honorarium voor toezicht door een andere arts-specialist dan de arts-specialist die het gebruikelijke honorarium voor toezicht aanrekent.

De verstrekking 597984 kan worden aangerekend voor een COVID-19-patiënt opgenomen op een erkende functie intensieve zorg, op de bijkomende bedden voor intensieve zorg die dagelijks aan de FOD Volksgezondheid worden doorgegeven of op een COVID-19-afdeling.

§ 5. De in de paragrafen 1, 2, 3 en 4 bedoelde verstrekkingen kunnen enkel worden aangerekend in algemene ziekenhuizen (acute algemene ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen met een universitair karakter).

HOOFDSTUK 4. — *Zorg op afstand*

Art. 7. De volgende basisprincipes gelden voor de verstrekkingen op afstand opgenomen in de artikelen 8 tot en met 13, 16, 17 en 19 tot en met 28:

1° de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger geeft zijn geïnformeerde toestemming voor de verstrekking per telefonische of videocommunicatie;

2° het communicatiemiddel bevat verplicht een end-to-end encryptering;

3° de patiënt verkeert in de mogelijkheid om deze verstrekking zonder fysieke aanwezigheid te volgen;

4° de verstrekking kadert in continuïteit van zorg met uitzondering van de verstrekkingen m.b.t. de triage;

5° de kwaliteit van zorg wordt gegarandeerd door in bepaalde gevallen een beperking op het aantal verstrekkingen per zorgverlener te voorzien.

Afdeling 1. — Specifieke zorg op afstand

Art. 8. Zorg door een arts

§ 1. Triage:

101990

Advies met het oog op triage COVID-19 N 10

101835

Advies met het oog op triage COVID-19 tijdens de georganiseerde huisartsenwachtendienst N°10

Onder advies met oog op triage COVID-19 verstaat men een telefonische triage na volledige anamnese van een patiënt met symptomen van een mogelijke besmetting met het SARS-CoV-2 virus, in een bijzondere situatie waarbij maatregelen zich opdringen op het gebied van volksgezondheid om de risico's op verspreiding in te perken.

De arts moet zijn patiënt duidelijk kunnen identificeren en noteert in het dossier van de patiënt het telefonisch contact, de raadgevingen die werden verstrekt en de aard van de documenten die werden afgeleverd.

§ 2. Continuïteit van zorg :

101135

Advies met het oog op continuïteit van zorg N 10

214141

Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant et/ou monitoring continu de la pression intracardiale ou pulmonaire au moyen d'un cathéter intracardiale, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19, par jour N 92

Les honoraires pour la prestation 214141 ne sont pas cumulables avec les honoraires prévus pour la prestation 475075 – 475086 de l'article 11 de la nomenclature.

Les prestations 211061, 212063, 214060 et 214141 peuvent uniquement être attestées pour les lits de soins non intensifs qui sont spécifiquement prévus pour des patients COVID-19.

§ 4. Prestations pour la surveillance des patients COVID-19 hospitalisés :

597984

Supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 hospitalisé, par jour C 20

La prestation 597984 peut être facturée par un médecin spécialiste.

La prestation 597984 peut être uniquement cumulée une seule fois par patient et par jour avec les honoraires ordinaires de surveillance, par un autre médecin spécialiste que le médecin spécialiste qui atteste les honoraires habituels de surveillance.

La prestation 597984 peut être attestée pour les patients COVID-19 admis dans une fonction de soins intensifs agréée, dans les lits de soins intensifs supplémentaires qui sont communiqués chaque jour au SPF Santé publique ainsi que dans les unités de soins non-intensifs COVID-19.

§ 5. Les prestations visées aux paragraphes 1, 2, 3, et 4 peuvent uniquement être attestées dans des hôpitaux généraux (hôpitaux généraux aigus, hôpitaux universitaires et hôpitaux à caractère universitaire).

CHAPITRE 4. — *Soins à distance*

Art. 7. Les principes de base suivants sont valables pour les prestations à distance reprises aux articles 8 à 13 inclus, 16, 17 et 19 à 28 inclus:

1° le patient ou son représentant légal donne son consentement éclairé pour la prestation par communication téléphonique ou communication vidéo ;

2° le moyen de communication utilisé doit contenir un cryptage « de bout en bout » ;

3° le patient est en mesure de suivre cette prestation sans présence physique ;

4° la prestation se situe dans la continuité des soins, à l'exception des prestations en matière de triage ;

5° la qualité des soins est garantie en limitant, dans certains cas, le nombre de prestations par dispensateur de soins.

Section 1^{re}. — Soins spécifiques à distance

Art. 8. Soins par un médecin

§ 1° Triage :

101990

Avis en vue du triage COVID-19 N 10

101835

Avis en vue du triage COVID-19 pendant le service de garde organisé de médecins généralistes N 10

Par avis en vue du triage COVID-19, il faut entendre le triage par téléphone après anamnèse complète d'un patient avec des symptômes possibles d'une infection au virus SARS-CoV-2, dans une situation spéciale où des mesures s'imposent sur le plan de la santé publique afin de limiter le risque de propagation.

Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, les conseils fournis et la nature des documents délivrés.

§ 2. Continuïteit des soins :

101135

Avis en vue de la continuité des soins N 10

Onder advies met oog op continuïteit van zorg verstaat men een telefonische anamnese van een patiënt in behandeling bij de arts, die om gemotiveerde redenen de arts niet in persoon kan ontmoeten gelet op de adviezen in verband met de COVID-19 pandemie.

De arts moet zijn patiënt duidelijk kunnen identificeren en noteert in het dossier van de patiënt het telefonisch contact, de gemotiveerde reden die noopt tot dit advies, de raadgevingen die werden verstrekt, de eventuele aanpassingen aan het behandelingsschema en de aard van de documenten die werden afgeleverd.

§ 3. Toepassingsregels :

De verstrekkingen 101990, 101835 en 101135 gebeuren zonder enig fysiek onderzoek van de zieke. De arts ontmoet de patiënt niet in persoon.

De verstrekkingen 101990, 101835 en 101135 omvatten het opmaken en ondertekenen van getuigschriften, farmaceutische voorschriften en allerlei bescheiden.

De verstrekkingen 101990 en 101135 kunnen aangerekend worden door elke arts.

De verstrekking 101835 kan enkel aangerekend worden door een arts tijdens de georganiseerde huisartsenwachtdienst.

De verstrekkingen 101990, 101835 en 101135 mogen niet samengevoegd worden met het honorarium voor raadpleging, bezoek of advies bedoeld in artikel 2 van nomenclatuur.

De verstrekkingen 101990, 101835 en 101135 mogen niet samengevoegd worden op dezelfde dag door dezelfde arts.

De verstrekking 101135 mag per patiënt per arts maximum 5 maal per periode van 30 dagen worden aangerekend.

De verstrekkingen 101990 en 101835 kunnen slechts eenmaal per patiënt worden aangerekend.

Voor de medische huizen zijn de telefonische adviezen 101990 en 101135 vervat in het forfaitair bedrag voor huisartsgeneeskunde. Deze codes kunnen dus niet aangerekend worden voor ingeschreven patiënten. Deze codes kunnen daarentegen wel aangerekend worden voor de telefonische adviezen voor niet-ingeschreven patiënten.

Tijdens de huisartsenwachtdienst kunnen de artsen, werkzaam in de medische huizen, eveneens de code 101835 gebruiken voor patiënten die niet zijn ingeschreven in een medisch huis.

Voor patiënten, ingeschreven bij een medisch huis die tijdens de georganiseerde huisartsenwachtdienst telefonisch advies krijgen van een arts die niet werkt in een medisch huis, zal het uitbetaalde honorarium, niet worden gerecupereerd bij het medisch huis waar de patiënt is ingeschreven.

Art. 9. Zorg door een psychiater

§ 1. Advies :

101872

Advies met het oog op een eventuele dringende doorverwijzing van de patiënt naar een mobiel 2a-team of een psychiatrische spoeddienst
N 10

De verstrekking 101872 vereist de telefonische anamnese van de patiënt.

De verstrekking 101872 naar slechts eenmaal per patiënt worden aangerekend.

§ 2. Volwassenen-, kinder- en jeugdpsychiatrie :

101894

Zitting met een minimum duur van 30 minuten, zonder fysieke aanwezigheid, met het oog op een psychiatrische diagnose of een psychotherapeutische behandeling
N 22,5

De verstrekking 101894 impliceert een telefonische of videocommunicatie tussen de arts en de patiënt.

101916

Zitting met een minimum duur van 45 minuten, zonder fysieke aanwezigheid, met het oog op het verzetten van de psychotherapeutische behandeling die voor de overheidsmaatregelen gestart waren
N 35

De verstrekking 101916 impliceert een videocommunicatie tussen de arts en de patiënt.

§ 3. Kinder- en jeugdpsychiatrie :

101931

Zitting met een minimumduur van 60 minuten met het oog op een mediatietherapie van een kind of jongere van minder dan 18 jaar met deelname van één of meerdere volwassenen die instaan voor

Par avis en vue de la continuité des soins, il faut entendre l'anamnèse par téléphone d'un patient en traitement chez le médecin; patient qui pour des raisons bien motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19.

Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, la raison motivée qui requiert cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés.

§ 3. Règles d'application:

Les prestations 101990, 101835 et 101135 sont effectuées en dehors de tout examen physique du malade. Le médecin ne rencontre pas le patient en personne.

Les prestations 101990, 101835 et 101135 incluent la rédaction et la signature éventuelle de certificats, d'ordonnances pharmaceutiques et de documents divers.

Les prestations 101990 et 101135 peuvent être attestées par tout médecin.

La prestation 101835 peut uniquement être attestée par un médecin pendant le service de garde organisé de médecins généralistes.

Les prestations 101990, 101835 et 101135 ne peuvent pas être cumulées avec les honoraires de consultation, visite ou avis mentionnés à l'article 2 de la nomenclature.

Les prestations 101990, 101835 et 101135 ne sont pas cumulables le même jour par le même médecin.

La prestation 101135 peut être attestée maximum 5 fois par patient par médecin par période de 30 jours.

Les prestations 101990 et 101835 ne peuvent être attestées qu'une fois par patient.

Pour les maisons médicales, les avis téléphoniques 101990 et 101135 sont compris dans le forfait de médecine générale. Ces codes ne peuvent donc pas être attestés aux patients inscrits. Par contre, ces codes peuvent être attestés pour les avis téléphoniques avec des patients non-inscrits.

Pendant le service de garde de médecins généralistes, les médecins travaillant dans les maisons médicales peuvent également utiliser le code 101835 pour des patients non-inscrits dans une maison médicale.

Pour des patients, inscrits dans une maison médicale, qui reçoivent durant le service de garde organisé de médecins généralistes un avis par téléphone de la part d'un médecin qui ne preste pas dans une maison médicale, l'honoraire dû, payé au médecin n'est pas récupéré auprès de la maison médicale où le patient est inscrit.

Art. 9. Soins par un psychiatre

§ 1^{er}. Avis :

101872

Avis en vue de l'orientation urgente éventuelle d'un patient vers une équipe mobile 2a ou le service d'urgences psychiatriques
N 10

La prestation 101872 nécessite l'anamnèse par téléphone du patient.

La prestation 101872 peut être facturée une seule fois par patient.

§ 2. Psychiatrie pour adulte et infanto-juvénile :

101894

Séance d'une durée de 30 minutes minimum, sans présence physique, en vue d'un diagnostic psychiatrique ou d'un traitement psychothérapeutique
N 22,5

La prestation 101894 implique une communication téléphonique ou vidéo entre le médecin et le patient.

101916

Séance d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue de la poursuite d'un traitement psychothérapeutique débuté avant les mesures gouvernementales
N 35

La prestation 101916 implique une communication vidéo entre le médecin et le patient.

§ 3. Psychiatrie infanto-juvénile :

101931

Séance d'une durée de 60 minutes minimum en vue d'une thérapie de médiation d'un enfant ou adolescent de moins de 18 ans avec la

de opvoeding en de dagelijkse begeleiding, zonder fysieke aanwezigheid N 48

De verstrekking 101931 impliceert een videocommunicatie tussen de arts en de deelnemers.

De verstrekking 101931 vereist steeds de deelname van hogerge-noemde volwassene(n), al dan niet samen met het kind.

Voor de psychotherapeutische behandeling met enkel het kind, zonder fysieke aanwezigheid, wordt de verstrekking 101916 geattesteerd.

101953

Overleg zonder fysieke aanwezigheid tussen de arts en de psycholoog of orthopedagoog betreffende de ambulante behandeling van een patiënt jonger dan 18 jaar N 26

De verstrekking 101953 impliceert een telefonische of videocommunicatie tussen de arts en de psycholoog of orthopedagoog met een minimumduur van 30 minuten.

Vóór deze verstrekking heeft de arts de rol van de psycholoog of van de orthopedagoog verduidelijkt in een behandelingsplan dat werd opgesteld tijdens een uitgebreide psychiatrische evaluatie (109351, 109410 of 101975), een mediatetherapie (109336, 109675 of 101931) of een ziekenhuisopname in een dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst).

Een verslag wordt opgemaakt. De ondertekening door de deelnemers is niet vereist.

De verstrekking 101953 wordt meegeteld in de beperking van maximaal 5 overleggesprekken per jaar voor de verstrekkingen 109373 en 109395.

101975

Zitting met een minimumduur van 120 minuten met het oog op een uitgebreide en individuele psychiatrische evaluatie van een kind of jongere van minder dan 18 jaar, zonder fysieke aanwezigheid, op voorschrift van de behandelend arts, met dossieropmaak en verslag N 100

De verstrekking 101975 omvat, per zitting, minstens één videocommunicatie van minimum 60 minuten met de patiënt en eventueel de verantwoordelijke(n) voor diens opvoeding en dagelijkse begeleiding. De verstrekking 101975 omvat ook de eventuele contacten voor heteroanamnese van en instructies aan derden (huisarts, school, opvangcentrum) en de supervisie en gezamenlijke interpretatie van de nodige psychologische testonderzoeken.

De verstrekking 101975 dekt de opmaak van een gedetailleerd behandelingsplan en de inleiding tot de behandeling.

De verstrekking 101975 kan slechts uitgevoerd worden op voorschrift van de behandelend arts.

De eventuele herhaling van deze volledige kinder- en jeugdpsychiatrische evaluatie vereist opnieuw een voorschrift van de behandelend arts.

De verstrekking 101975 wordt meegeteld in de beperking van maximum zeven aangerekende verstrekkingen 109351 en 109410 per volledige evaluatie.

§ 4. Algemene toepassingsregels :

De verstrekkingen 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 en 101975 kunnen enkel worden aangerekend door arts-specialisten in de psychiatrie en arts-specialisten in de neuropsychiatrie.

Teneinde de kwaliteit van de verstrekkingen te garanderen wordt de maximale dagelijkse duur voor het geheel van die verstrekkingen vastgesteld op 8 uren per arts-specialist.

De verstrekkingen 101894, 101916, 101931, 101953 en 101975 zijn onderling niet cumuleerbaar.

De verstrekkingen 101894, 101916, 101931, 101953 en 101975 zijn niet cumuleerbaar met de verstrekkingen van de nomenclatuur, uitgevoerd dezelfde dag door dezelfde of een andere arts-specialist in de psychiatrie of arts-specialist in de neuropsychiatrie.

participation d'un ou plusieurs adultes assurant l'éducation et l'encadrement quotidien, sans la présence physique N 48

La prestation 101931 implique une communication vidéo entre le médecin et les participants.

La prestation 101931 requiert toujours la participation du ou des adulte(s) susmentionné(s), avec ou sans l'enfant.

Pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant seul, sans présence physique, la prestation 101916 est attestée.

101953

Concertation sans présence physique entre le médecin et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans N 26

La prestation 101953 implique une communication téléphonique ou vidéo entre le médecin et le psychologue ou l'orthopédagogue pendant une durée minimale de 30 minutes.

Avant cette prestation, le médecin a précisé le rôle du psychologue ou de l'orthopédagogue dans un plan de traitement établi au cours d'une évaluation psychiatrique approfondie (109351, 109410 ou 101975), d'une thérapie de médiation (109336, 139675, 101931), ou d'une hospitalisation dans un service de neuropsychiatrie infantile (service K).

Un rapport est rédigé. La signature des participants n'est pas obligatoire.

La prestation 101953 est comptabilisée dans la limite de fréquence de maximum 5 prestations par an des prestations 109373 et 109395.

101975

Séance d'une durée de 120 minutes minimum en vue d'une évaluation psychiatrique approfondie et individuelle d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, sans la présence physique, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport N 100

La prestation 101975 comprend un contact par un moyen de communication vidéo de 60 minutes minimum avec le patient et éventuellement avec les responsables de son éducation et de l'encadrement quotidien. La prestation 101975 comprend également les contacts éventuels pour l'hétéro-anamnèse de tiers et pour la délivrance d'instructions aux tiers (médecin généraliste, institutions scolaires, centre d'accueil) et pour la supervision et l'interprétation commune des tests psychologiques nécessaires.

La prestation 101975 couvre l'établissement d'un plan de traitement détaillé et l'initiation du traitement.

La prestation 101975 est attestée uniquement sur prescription du médecin traitant.

La répétition éventuelle de cette évaluation pédopsychiatrique globale exige une nouvelle prescription du médecin traitant

La prestation 101975 est comptabilisée dans la limite de fréquence de maximum sept prestations attestées par évaluation complète des prestations 109351 et 109410.

§ 4. Règles d'application générales :

Les prestations 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 peuvent être uniquement attestées par les médecins spécialistes en psychiatrie et les médecins spécialistes en neuropsychiatrie.

Afin de garantir la qualité des prestations, la durée journalière maximale attestée pour l'ensemble de ces prestations est fixée à 8 heures par médecin spécialiste.

Les prestations 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne sont pas cumulables avec les prestations de la nomenclature effectuées le même jour par le même médecin ou un autre médecin spécialiste en psychiatrie ou médecin spécialiste en neuropsychiatrie.

Voor wat de maatregelen inzake de gedeeltelijke dag- of nachtopnames in psychiatrische ziekenhuisafdelingen betreft met inbegrip van de aanpassingen naar aanleiding van COVID-19 pandemie, kunnen de verstrekkingen 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 en 101975 niet worden aangerekend, met uitzondering van de verstrekking 101916 die enkel kan worden aangerekend, buiten de normale aanwezigheidsuren in het ziekenhuis, voor patiënten in gedeeltelijke nachtopname van wie een regelmatige psychotherapeutische behandeling buiten aanwezigheidsuren in het ziekenhuis aan de gang was vóór 14 maart 2020.

Art. 10. Zorg door een neuropsychiater:

101791

Zitting van minstens 45 minuten, zonder fysieke aanwezigheid, voor de follow-up van kinderen, adolescenten of jongvolwassenen jonger dan 23 jaar met neurologische ontwikkelingsstoornissen (autisme-spectrumstoornis, aandachtsstoornis of hyperactiviteit) of verstandelijke beperking die gepaard gaan met ernstige gedragsstoornissen N 25

De verstrekking 101791 omvat:

1° een verplicht contact via telefoon of videocommunicatie met de patiënt met begeleiding en ondersteuning van de volwassenen die voor de opvoeding instaan;

2° de eventuele aanpassing van de behandeling;

3° een schriftelijk verslag dat verplicht aan de behandelende arts moet worden bezorgd.

De verstrekking 101791 impliceert een telefonische of videocommunicatie tussen de arts en de deelnemers.

De verstrekking 101791 kan enkel worden aangerekend door arts-specialisten in de neurologie of pediatrie die houder zijn van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie.

Om de kwaliteit van de verstrekkingen te garanderen is de maximale dagelijkse duur van al die verstrekkingen per arts-specialist in de neurologie of pediatrie die houder zijn van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie vastgesteld op 8 uren.

De verstrekking 101791 kan niet gecumuleerd met de verstrekking 101135 alsook met de raadplegingen bedoeld in artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur, die dezelfde dag zijn uitgevoerd door eender welke arts-specialist in de neurologie of pediatrie die houder zijn van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie.

Art. 11. In afwijking van de bepaling “De verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 en 350416-350420 vereisen de gelijktijdige fysieke aanwezigheid van de verschillende deelnemende artsen.” van artikel 11 van de nomenclatuur mag het multidisciplinair oncologisch consult worden georganiseerd via videocommunicatie.

Art. 12. Tandheelkundige zorg

§ 1. Telefonisch advies :

389012

Telefonisch advies met eventuele doorverwijzing van een patiënt met een gemelde zorgvraag N 5

389034

Telefonisch advies met eventuele doorverwijzing van een patiënt met een gemelde zorgvraag, in het kader van een erkende georganiseerde wachtdienst N 5

Onder telefonisch advies verstaat men een telefonische anamnese met bijhorend advies en een eventueel geneesmiddelenvoorschrift en de eventuele doorverwijzing. De tandarts noteert een beknopt verslag van het contact met de relevante elementen in het patiëntendossier. Bij doorverwijzing wordt de practicus naar wie verwezen wordt geïnformeerd over de resultaten van het advies en de relevante gegevens.

De patiënt belt de tandarts met een acute zorgvraag of voor bijkomende opvolging van hun tandheelkundige behandeling. De patiënt kan om gemotiveerde redenen de tandarts niet in persoon ontmoeten gelet op de adviezen in verband met de COVID-19 pandemie.

Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen patiënten tot de 18de verjaardag en na de 18de verjaardag.

§ 2. Toepassingsvoorwaarden :

De verstrekkingen 389012 en 389034 kunnen worden verleend door alle tandartsen met een RIZIV-nummer.

De verstrekkingen 389012 en 389034 mogen per patiënt en per tandarts slechts eenmaal per periode van 7 kalenderdagen worden aangerekend.

En ce qui concerne les mesures relatives aux hospitalisations partielles de jour ou de nuit dans les services hospitaliers psychiatriques, y compris les adaptations suite à la pandémie de COVID-19, les prestations 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne peuvent pas être attestées, à l'exception de la prestation 101916 qui peut être attestée uniquement, en dehors des heures de présence normale à l'hôpital, aux patients en hospitalisation partielle de nuit pour lesquels un traitement psychothérapeutique régulier en dehors des heures de présence normales à l'hôpital était en cours avant le 14 mars 2020.

Art. 10. Soins par un neuropsychiatre :

101791

Séance d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue d'assurer le suivi d'enfants, d'adolescents ou de jeunes adultes de moins de 23 ans présentant des troubles neurodéveloppementaux (trouble du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention ou hyperactivité) ou déficience intellectuelle associés à des troubles graves du comportement N 25

La prestation 101791 comprend :

1° obligatoirement, un contact par téléphone ou par vidéocommunication avec le patient avec la guidance et le soutien des adultes assurant l'encadrement ;

2° l'adaptation éventuelle du traitement;

3° un rapport écrit obligatoire à envoyer au médecin traitant.

La prestation 101791 implique une communication téléphonique ou vidéo entre le médecin et les participants.

La prestation 101791 peut uniquement être attestée par les médecins spécialistes en neurologie ou en pédiatrie porteurs du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

Pour garantir la qualité des prestations, la durée journalière maximale pour l'ensemble de ces prestations est fixée à 8 heures par médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

La prestation 101791 ne peut pas être cumulée avec la prestation 101135 ainsi qu'avec les consultations reprises à l'article 2 de la nomenclature effectuées le même jour par tout médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

Art. 11. Par dérogation à la disposition “Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants.” de l'article 11 de la nomenclature, la consultation oncologique multidisciplinaire peut être organisée par communication vidéo.

Art. 12. Soins dentaires

§ 1^{er}. Avis téléphonique :

389012

Avis téléphonique avec renvoi éventuel d'un patient pour lequel une demande de soins a été signalée N 5

389034

Avis téléphonique avec renvoi éventuel d'un patient pour lequel une demande de soins a été signalée, dans le cadre d'un service de garde organisé agréé N 5

Par avis téléphonique, il faut entendre l'anamnèse par téléphone avec des conseils d'accompagnement, une éventuelle prescription de médicaments et un éventuel renvoi. Le dentiste rédige dans le dossier du patient un bref rapport du contact avec les éléments pertinents. En cas de renvoi, le praticien vers lequel le patient aura été renvoyé sera informé des résultats de l'avis et des données pertinentes.

Le patient appelle le dentiste pour une demande de soins aigus ou pour un suivi supplémentaire de leur traitement dentaire. Le patient ne peut pas rencontrer le dentiste en personne pour des raisons motivées, vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19.

Aucune distinction n'est faite entre les patients jusqu'à leur 18ème anniversaire et après leur 18ème anniversaire.

§ 2. Conditions d'application :

Les prestations 389012 et 389034 peuvent être attestées par tous les dentistes porteurs d'un numéro INAMI.

Les prestations 389012 et 389034 peuvent être attestée uniquement une fois par patient et par dentiste par période de 7 jours calendrier.

Per patiënt kan dezelfde tandarts op dezelfde dag de verstrekkingen 389012 en 389034 niet cumuleren met enige verstrekking uit artikel 5 van de nomenclatuur.

Per dag kan dezelfde tandarts maximum 10 keer de verstrekking 389012 aanrekenen.

Op de dagen waarop een tandarts werkt in het kader van een erkende georganiseerde wachtdienst kan die de verstrekking 389034 maximum 20 keer per dag aanrekenen.

Op dezelfde dag kunnen de verstrekkingen 389012 en 389034 niet worden gecumuleerd.

De verstrekkingen 389012 en 389034 zijn niet van toepassing bij gehospitaliseerde patiënten.

Het mondzorgtraject is niet van toepassing. De verstrekkingen 389012 en 389034 tellen niet als het vereiste contact in het jaar 2020 voor het bedrag van de tegemoetkomingen in het jaar 2021.

De verstrekkingen 389012 en 389034 hebben geen invloed op de P-waarden.

Art. 13. Kinesitherapeutische zorg

§ 1. Weekforfait:

518011

Verzorging op afstand via videocommunicatie (weekforfait) M 43

518033

Verzorging op afstand via telefonisch communicatie (weekforfait) M 27

Deze verstrekkingen omvatten minstens :

1° de evaluatie van de toestand van de patiënt via een anamnese;

2° de opmaak van een individueel oefenprogramma en de timing van activiteiten van het dagelijks leven (ADL);

3° 2 contacten per week waarbij de patiënt gestimuleerd wordt zijn oefenprogramma te volgen;

4° het opvolgen en bijsturen van het oefenprogramma van de patiënt;

5° het registreren van nuttige parameters (mobiliteit, ...).

§ 2. Toepassingsvoorwaarden :

De verstrekkingen 518011 en 518033 kunnen worden verleend door alle kinesitherapeuten met een RIZIV-nummer.

De verstrekking 518011 kan enkel worden aangerekend indien tijdens een week minstens twee videocommunicaties hebben plaatsgehad tussen de kinesitherapeut en de patiënt waarvan één met een minimumduur van 20 minuten.

De verstrekking 518033 kan enkel worden aangerekend indien tijdens een week minstens twee telefonische communicaties hebben plaatsgehad tussen de kinesitherapeut en de patiënt.

De verstrekkingen 518011 en 518033 zijn te beschouwen als een forfaitaire vergoeding per week en per patiënt.

Onder "week" wordt verstaan: de periode van maandag tot en met zondag.

Per patiënt en per week kan slechts één van de verstrekkingen 518011 of 518033 worden aangerekend.

De kinesitherapeut volgt de patiënt in zijn revalidatietraject en stimuleert hem om zijn zorgprotocol te volgen.

De kinesitherapeut noteert in het patiëntendossier de contactmomenten, de duurtijd en de wijze waarop die zijn verlopen, met de vermelding van het voorgestelde revalidatieprotocol en de evolutie van de patiënt alsook van de gebruikte applicatie.

Deze kinesitherapeutische verzorging moet voorgeschreven zijn door een bevoegde zorgverlener. Er is geen specifieke verwijzing vereist op het voorschrift voor een verzorging op afstand.

De verstrekkingen 518011 en 518033 zijn niet van toepassing bij gehospitaliseerde patiënten.

De verstrekkingen 518011 en 518033 hebben geen invloed op de "tellers" binnen de nomenclatuur, maar kunnen worden gemonitord per verstrekker.

De verstrekkingen 518011 en 518033 tellen niet mee voor het aantal voorgeschreven verstrekkingen op het klassieke kinesitherapievoorschrift.

Pour un patient, un même dentiste ne peut pas cumuler le même jour les prestations 389012 et 389034 avec les prestations de l'article 5 de la nomenclature.

Un même dentiste peut facturer un maximum de 10 fois par jour la prestation 389012.

Durant les jours où un dentiste travaille dans le cadre d'un service de garde organisé agréé, il peut facturer la prestation 389034 au maximum 20 fois par jour.

Sur la même journée, les prestations 389012 et 389034 ne peuvent pas être cumulés.

Les prestations 389012 et 389034 ne s'appliquent pas aux patients hospitalisés.

Le trajet de soins bucco-dentaires ne s'applique pas. Les prestations 389012 et 389034 ne comptent pas comme contact requis en 2020 pour le montant des remboursements en 2021.

Les prestations 389012 et 389034 n'ont pas d'incidence sur les valeurs P.

Art. 13. Soins kinésithérapeutiques

§ 1. Forfait hebdomadaire:

518011

Soins à distance via communication vidéo (forfait hebdomadaire) M 43

518033

Soins à distance via communication téléphonique (forfait hebdomadaire) M 27

Ces prestations comprennent au moins :

1° l'évaluation de l'état du patient au moyen d'une anamnèse ;

2° la préparation d'un programme individuel d'exercices et le timing des activités de la vie journalière (AVJ) ;

3° 2 contacts par semaine où le patient est encouragé à suivre son programme d'exercices ;

4° le suivi et l'ajustement du programme d'exercices du patient ;

5° l'enregistrement de paramètres utiles (mobilité, ...).

§ 2. Conditions d'application :

Les prestations 518011 et 518033 peuvent être attestées par tous les kinésithérapeutes porteurs d'un numéro INAMI.

La prestation 518011 peut être attestée uniquement si au moins deux communications vidéo entre le kinésithérapeute et le patient ont été effectuées au cours d'une semaine, dont une d'une durée minimale de 20 minutes.

La prestation 518033 peut être attestée uniquement si au moins deux communications téléphoniques entre le kinésithérapeute et le patient ont été effectuées au cours d'une semaine.

Les prestations 518011 et 518033 sont considérées comme une intervention forfaitaire par semaine et par patient.

Par "semaine", il faut entendre la période du lundi au dimanche.

Par patient et par semaine, une seule des prestations 518011 ou 518033 peut être prise en compte.

Le kinésithérapeute suit le patient dans son processus de revalidation et le stimule à suivre son protocole de soins.

Le kinésithérapeute note dans le dossier du patient les moments de contact, leur durée et la manière dont ils se sont déroulés, en précisant le protocole de rééducation proposé et l'évolution du patient, ainsi que l'application utilisée.

Ce traitement de kinésithérapie doit être prescrit par un prestataire de soins compétent. Aucune mention spécifique n'est requise sur la prescription pour des soins à distance.

Les prestations 518011 et 518033 ne s'appliquent pas aux patients hospitalisés.

Les prestations 518011 et 518033 n'affectent pas les "compteurs" de la nomenclature, mais peuvent être contrôlées par prestataire.

Les prestations 518011 et 518033 ne sont pas comptabilisées dans le nombre de prestations prescrites sur une prescription classique de kinésithérapie.

Voor de week waarin dergelijke verstrekkingen worden aangerekend kunnen er geen verstrekkingen van artikel 7 van de nomenclatuur worden aangerekend (o.a. schriftelijk verslag, hands-on verstrekkingen, enz.).

Art. 14. Er is geen persoonlijk aandeel verschuldigd door de rechthebbers voor de verstrekkingen bedoeld in de artikelen 8 tot en met 10, 12 en 13.

Art. 15. Er zijn geen supplementen toegelaten voor de verstrekkingen bedoeld in de artikelen 8 tot en met 10, 12 en 13.

Afdeling 2. — Mogelijkheid tot zorg op afstand

Art. 16. Zorg van logopedie

Alle verstrekkingen uit artikel 36 van de nomenclatuur mogen worden verleend via videocommunicatie.

Voor elke specifieke zorgsituatie moet de logopedist steeds nagaan of een verstrekking op afstand verantwoord is.

Voor de jongere onder de 18 jaar moet de logopedist voorafgaand de toestemming per e-mail hebben van de ouder(s) (of wettelijke vertegenwoordiger) dat de jongere logopedie op afstand volgt.

De verstrekkingen via videocommunicatie kunnen worden verleend door alle logopedisten met een RIZIV-nummer.

Om een verstrekking zonder fysieke aanwezigheid te kunnen aanrekenen moet de pseudocode 792433 (betrekkelijke verstrekking voor zorg op afstand) toegevoegd worden aan de code voorzien in artikel 36 van de nomenclatuur.

De bestaande beperkingen van artikel 36 van de nomenclatuur blijven van toepassing: 1 zitting per dag is terugbetaald.

Art. 17. Pre- en postnatale zorg

Alle verstrekkingen uit artikel 9, a), van de nomenclatuur mogen worden verleend via telefonische of videocommunicatie, met uitzondering van de verstrekkingen waarbij de fysieke aanwezigheid van de vroedvrouw onontbeerlijk is, zoals onder andere de injecties, het toezicht en de hulp aan de parturiënte tijdens de arbeidsfase, de verlossingen, het postnataal toezicht op de dag van de verlossing, enz.

Voor elke specifieke zorgsituatie moet de vroedvrouw steeds nagaan of een begeleiding op afstand verantwoord is.

De verstrekkingen via telefonische of videocommunicatie kunnen worden verleend door alle vroedvrouwen met een RIZIV-nummer.

Om een verstrekking zonder fysieke aanwezigheid te kunnen aanrekenen moet de pseudocode 792433 (betrekkelijke verstrekking voor zorg op afstand) toegevoegd worden aan de code voorzien in artikel 9, a), van de nomenclatuur.

De bepalingen in de nomenclatuur betreffende de minimale duur van de verstrekkingen, de cumulatie van verstrekkingen en het dossier van de rechthebbende blijven van toepassing indien de verstrekking wordt uitgevoerd via telefonische of videocommunicatie.

De collectieve voorbereiding op de bevalling blijft mogelijk indien gebruikt wordt gemaakt van de technologie van een interactieve "webinar". De deelnemers kunnen de sessie rechtstreeks thuis volgen, de vroedvrouw zien en horen en indien gewenst vragen stellen.

Art. 18. Het honorarium en het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen bedoeld in de artikelen 16 en 17 zijn dezelfde als voor de verstrekkingen met fysieke aanwezigheid van de nomenclatuur.

Afdeling 3. — Zorg op afstand inzake revalidatieverstrekkingen

Art. 19. Gelet op de adviezen in verband met de COVID-19 pandemie worden afwijkingen voorzien op de bepalingen voorzien in het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen voor de periode vanaf 14 maart 2020.

Pour la semaine au cours de laquelle ces prestations sont attestées, aucune prestation de l'article 7 de la nomenclature ne peut être attestée (par exemple rapport écrit, prestations manuelles, etc.).

Art. 14. Aucun bénéficiaire n'est redevable d'une intervention personnelle pour les prestations visées aux articles 8 à 10, 12 et 13.

Art. 15. Aucun supplément n'est autorisé pour les prestations visées aux articles 8 à 10, 12 et 13.

Section 2. — Possibilité de soins à distance

Art. 16. Soins de logopédie

Toutes les prestations de l'article 36 de la nomenclature peuvent être dispensées via une communication vidéo.

Pour chaque situation de soin spécifique, le logopède doit toujours vérifier si l'accompagnement à distance est justifié.

Pour le suivi d'un jeune de moins de 18 ans, le logopède doit avoir obtenu au préalable l'accord par e-mail du ou des parents (ou représentant légal) concernant ce suivi logopédique à distance.

Les prestations par communication vidéo peuvent être attestées par tous les logopèdes porteurs d'un numéro INAMI.

Pour pouvoir attester une prestation sans présence physique, le pseudocode 792433 (prestation relative pour soins à distance) doit être ajouté au code prévu à l'article 36 de la nomenclature.

Les limitations existantes de l'article 36 de la nomenclature restent d'application : 1 seule séance par jour est remboursable.

Art. 17. Soins pré- et postnataux

Toutes les prestations de santé de l'article 9, a), de la nomenclature peuvent être dispensées via une communication téléphonique ou vidéo, à l'exception de celles pour lesquelles la présence physique de la sage-femme est indispensable, à savoir entre autres les injections, la supervision et l'assistance à la parturiente pendant la phase de travail, les accouchements, la surveillance postnatale le jour de l'accouchement, etc.

Pour chaque situation de soin spécifique, la sage-femme doit toujours vérifier si l'accompagnement à distance est justifié.

Les prestations par communication téléphonique ou vidéo peuvent être attestées par toutes les sages-femmes porteuses d'un numéro INAMI.

Pour pouvoir attester une prestation sans présence physique, le pseudocode 792433 (prestation relative pour soins à distance) doit être ajouté au code prévu à l'article 9, a), de la nomenclature.

Les dispositions de la nomenclature concernant la durée minimale des prestations, le cumul des prestations et le dossier du bénéficiaire, continuent à s'appliquer si la prestation est effectuée par communication téléphonique ou vidéo.

La préparation collective à l'accouchement reste possible si la technologie d'un « webinar » interactif est utilisée. Les participants peuvent suivre la session directement à domicile, voir et entendre l'accoucheuse, et poser des questions s'ils le souhaitent.

Art. 18. Les honoraires et le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations visées aux articles 16 et 17 sont les mêmes que pour les prestations avec présence physique de la nomenclature.

Section 3. — Soins à distance concernant des prestations de rééducation

Art. 19. Vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19, des dérogations aux prestations prévues par l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visées à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, sont prévues pour la période à partir du 14 mars 2020.

Art. 20. Diëtetiekverstrekkingen

Per patiënt die voor de verstrekkingen 794010 of 771131 in aanmerking komt, kunnen maximum 2 van deze verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie worden verricht, onder de volgende voorwaarden:

1° er wordt voldaan aan alle voorwaarden die op de verstrekkingen 794010 en 771131 van toepassing zijn;

2° de minimum-duur van de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie blijft 30 minuten;

3° het honorarium en het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is voor de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie hetzelfde als voor de verstrekkingen 794010 en 771131;

4° de diëtist kan voor eenzelfde patiënt maximum 2 verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie realiseren, en maximum 1 per dag per patiënt;

5° de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie tellen mee voor het maximum aantal verstrekkingen 794010 en 771131 waarin de verzekering tussenkomt voor een patiënt;

6° de diëtist spreekt met de patiënt vooraf af om verstrekkingen via de telefoon of via videocommunicatie te verrichten;

7° de diëtist informeert de patiënt vooraf over het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor deze verstrekkingen;

8° de diëtist registreert de verstrekking via telefoon of videocommunicatie en de duur ervan in het patiëntendossier dat hij per patiënt bijhoudt;

9° op het getuigschrift van verzorging attesteert de diëtist de verstrekking via telefoon of videocommunicatie door de nomenclatuurcode te vermelden die op deze verstrekking van toepassing is (794010 of 771131), samen met de bijkomende code 792433. De pseudocode 792433 wordt rechts naast de gebruikelijke nomenclatuurcode vermeld. Indien de diëtist elektronisch factureert, vermeldt hij de bijkomende pseudocode 792433 in de zone "betrekkelijke verstrekking" van het facturatiebestand.

Art. 21. Verstrekkingen inzake educatie van diabetespatiënten

§ 1. Per patiënt die voor de verstrekkingen 794253, 794275, 794290 en/of 794312 in aanmerking komt, kunnen maximum 2 van deze verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie worden verricht, onder de volgende voorwaarden:

1° het maximum aantal van 2 verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie geldt per patiënt voor het totaal van alle verstrekkingen 794253, 794275, 794290 en 794312 samen;

2° behalve de voorwaarde betreffende de ruimte waar de verstrekking moet worden gerealiseerd, wordt er voldaan aan alle voorwaarden die op de gerealiseerde verstrekking van toepassing zijn;

3° de minimum-duur van de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie blijft 30 minuten;

4° het honorarium en het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is voor de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie hetzelfde als voor de gerealiseerde verstrekking zonder telefoon of videocommunicatie;

5° de verstrekker kan voor eenzelfde patiënt maximum 2 verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie realiseren, en maximum 1 per dag per patiënt;

6° de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie tellen mee voor het maximum aantal verstrekkingen 794253, 794275, 794290, 794312, 794334, 794356, 794371 en 794393 waarin de verzekering tussenkomt voor een patiënt;

7° de verstrekker spreekt met de patiënt vooraf af om verstrekkingen via de telefoon of via videocommunicatie te verrichten;

8° de verstrekker registreert de verstrekking via telefoon of videocommunicatie en de duur ervan in het patiëntendossier dat hij per patiënt bijhoudt;

Art. 20. Prestations de diététique

Par patient qui entre en ligne de compte pour les prestations 794010 ou 771131, un maximum de deux de ces prestations peuvent être dispensées par téléphone ou par communication vidéo et ce, sous les conditions suivantes :

1° il est satisfait à toutes les conditions d'application aux prestations 794010 et 771131;

2° la durée minimale des prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo reste de 30 minutes ;

3° l'honoraire et le montant de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo que pour les prestations 794010 et 771131 ;

4° le diététicien peut dispenser un maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo pour le même patient, et un maximum de 1 par jour par patient ;

5° les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo comptent pour le nombre maximum de prestations 794010 et 771131 dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;

6° le diététicien convient à l'avance avec le patient de la réalisation des prestations par téléphone ou par communication vidéo ;

7° le diététicien informe le patient à l'avance de la quote-part personnelle du bénéficiaire dans les honoraires de ces prestations ;

8° le diététicien enregistre la prestation par téléphone ou par communication vidéo et la durée de la prestation dans le dossier du patient qu'il tient pour chaque patient ;

9° sur l'attestation de soins, le diététicien atteste la prestation par téléphone ou par communication vidéo en indiquant le code de nomenclature applicable à cette prestation (794010 ou 771131), ainsi que le code supplémentaire 792433. Le pseudo-code 792433 est inscrit à droite du code de nomenclature habituel. Si le diététicien facture par voie électronique, le pseudo-code 792433 supplémentaire est inscrit dans la zone "prestation relative" du fichier de facturation.

Art. 21. Prestations relatives à l'éducation des patients diabétiques

§ 1^{er}. Par patient qui entre en ligne de compte pour les prestations 794253, 794275, 794290 et/ou 794312, un maximum de deux de ces prestations peuvent être dispensées par téléphone ou par communication vidéo et ce, sous les conditions suivantes :

1° le nombre maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo vaut, par patient, pour le total de l'ensemble des prestations 794253, 794275, 794290 et 794312 ;

2° outre la condition relative à l'endroit où la prestation doit être réalisée, il est satisfait à toutes les conditions qui sont d'application à cette prestation réalisée ;

3° la durée minimale des prestations par téléphone ou par communication vidéo reste de 30 minutes ;

4° l'honoraire et le montant de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo que pour les prestations dispensées sans téléphone ou sans communication vidéo ;

5° pour un même patient, le prestataire peut dispenser un maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo, et un maximum de 1 par jour par patient ;

6° les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo comptent dans le nombre maximum de prestations 794253, 794275, 794290, 794312, 794334, 794356, 794371 et 794393 dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;

7° le prestataire convient à l'avance avec le patient de la réalisation des prestations par téléphone ou par communication vidéo ;

8° le prestataire enregistre la prestation par téléphone ou par communication vidéo et sa durée dans le dossier du patient qu'il tient pour chaque patient ;

9° indien een verstrekking 794253, 794275 of 794312 is verricht via telefoon of videocommunicatie, attesteert de verstrekker de verstrekking via telefoon of videocommunicatie door op het getuigschrift van verzorging de nomenclatuurcode te vermelden die op de gerealiseerde verstrekking van toepassing is (794253, 794275 of 794312), samen met de bijkomende code 792433. De pseudocode 792433 wordt rechts naast de gebruikelijke nomenclatuurcode vermeld. Indien de verstrekker elektronisch factureert, vermeldt hij de bijkomende pseudocode 792433 in de zone "betrekkelijke verstrekking" van het facturatiebestand;

10° indien een verstrekking 794290 is verricht via telefoon of videocommunicatie, attesteert de apotheker deze verstrekking met behulp van de code 794953.

§ 2. Per patiënt die voor de verstrekkingen 794415 en 794430 in aanmerking komt, kunnen maximum 2 van deze verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie worden verricht, onder de volgende voorwaarden:

1° het maximum aantal van 2 verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie geldt per patiënt voor het totaal van alle verstrekkingen 794415 en 794430 samen;

2° behalve de voorwaarde betreffende de ruimte waar de verstrekking moet worden gerealiseerd, wordt er voldaan aan alle voorwaarden die op de gerealiseerde verstrekking van toepassing zijn;

3° de minimumduur van de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie blijft 30 minuten;

4° het honorarium en het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is voor de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie hetzelfde als voor de gerealiseerde verstrekking zonder telefoon of videocommunicatie;

5° de diabeteseducator kan voor eenzelfde patiënt maximum 2 verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie realiseren, en maximum 1 per dag per patiënt;

6° de verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie tellen mee voor het maximum aantal verstrekkingen 794415, 794430 en 794452 waarin de verzekering tussenkomt voor een patiënt;

7° de diabeteseducator spreekt met de patiënt vooraf af om verstrekkingen via de telefoon of via videocommunicatie te verrichten;

8° de diabeteseducator registreert de verstrekking via telefoon of videocommunicatie en de duur ervan in het patiëntendossier dat hij per patiënt bijhoudt;

9° op het getuigschrift van verzorging attesteert de diabeteseducator de verstrekking via telefoon of videocommunicatie door de nomenclatuurcode te vermelden die op deze verstrekking van toepassing is (794415 of 794430), samen met de bijkomende code 792433. De pseudocode 792433 wordt rechts naast de gebruikelijke nomenclatuurcode vermeld. Indien de diabeteseducator elektronisch factureert, vermeldt hij de bijkomende pseudocode 792433 in de zone "betrekkelijke verstrekking" van het facturatiebestand.

Art. 22. Ergotherapieverstrekkingen

Per patiënt die voor de verstrekking 784335 in aanmerking komt, kunnen maximum 2 van deze verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie worden verricht, onder de volgende voorwaarden:

1° behalve de voorwaarde betreffende de ruimte waar de verstrekking moet worden gerealiseerd, wordt er voldaan aan alle voorwaarden die op de verstrekking 784335 van toepassing zijn;

2° de minimum-duur van de verstrekkingen via videocommunicatie blijft 60 minuten;

3° het honorarium en het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is voor de verstrekkingen via videocommunicatie hetzelfde als voor de verstrekking 784335;

4° de ergotherapeut kan voor eenzelfde patiënt maximum 2 verstrekkingen via videocommunicatie realiseren, en maximum 1 per dag per patiënt;

5° de verstrekkingen via videocommunicatie tellen mee voor het maximum aantal verstrekkingen 784335 waarin de verzekering tussenkomt voor een patiënt;

6° de ergotherapeut moet vooraf, via telefoon, met de patiënt afspreken om via videocommunicatie te werken, en gaat daarbij na of de patiënt daartoe in staat is en of hij beschikt over het nodige materiaal (vereiste communicatie-apparatuur en software-applicaties). De ergotherapeut informeert de patiënt ook vooraf over het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor deze verstrekkingen;

7° de ergotherapeut registreert de verstrekking via videocommunicatie en de duur ervan in het patiëntendossier dat hij per patiënt bijhoudt;

9° si une prestation 794253, 794275 ou 794312 a été dispensée par téléphone ou par communication vidéo, le prestataire doit attester cette prestation par téléphone ou par communication vidéo en indiquant sur l'attestation de soins le code de la nomenclature applicable à la prestation réalisée (794253, 794275 ou 794312) ainsi que le code supplémentaire 792433. Le pseudo-code 792433 est inscrit à droite du code de nomenclature habituel. Si le prestataire facture par voie électronique, le pseudo-code supplémentaire 792433 doit être inscrit dans la zone "prestation relative" du fichier de facturation ;

10° si une prestation 794290 a été dispensée par téléphone ou par communication vidéo, le pharmacien doit attester cette prestation en utilisant le code 794953.

§ 2. Par patient entrant en ligne de compte pour les prestations 794415 et 794430, un maximum de deux de ces prestations peuvent être dispensées par téléphone ou par communication vidéo et ce, sous les conditions suivantes :

1° le nombre maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo vaut, par patient, pour le total de l'ensemble des prestations 794415 et 794430 ;

2° outre la condition relative à l'endroit où la prestation doit être dispensée, il est satisfait à toutes les conditions qui sont d'application à cette prestation réalisée ;

3° la durée minimale des prestations par téléphone ou par communication vidéo reste de 30 minutes ;

4° l'honoraire et le montant de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo que pour les prestations dispensées sans téléphone ou sans communication vidéo ;

5° l'éducateur en diabétologie peut réaliser un maximum de 2 prestations par téléphone ou par communication vidéo pour un même patient, et un maximum de 1 par jour par patient ;

6° les prestations dispensées par téléphone ou par communication vidéo comptent pour le nombre maximum de prestations 794415, 794430 et 794452 dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;

7° l'éducateur en diabétologie convient à l'avance avec le patient de la dispense des prestations par téléphone ou par communication vidéo ;

8° l'éducateur en diabétologie enregistre la prestation par téléphone ou par communication vidéo et sa durée dans le dossier du patient qu'il tient par patient ;

9° sur l'attestation de soins, l'éducateur en diabétologie atteste la prestation par téléphone ou par communication vidéo en indiquant le code de nomenclature applicable à cette prestation (794415 ou 794430), ainsi que le code supplémentaire 792433. Le pseudo-code 792433 est inscrit à droite du code de nomenclature habituel. Si l'éducateur en diabétologie facture par voie électronique, le pseudo-code supplémentaire 792433 est inscrit dans la zone "prestation relative" du fichier de facturation.

Art. 22. Prestations d'ergothérapie

Par patient qui entre en ligne de compte pour la prestation 784335, un maximum de deux de ces prestations peuvent être dispensées par communication vidéo et ce, sous les conditions suivantes :

1° sauf la condition relative à l'endroit où la prestation doit être dispensée, il est satisfait à toutes les conditions qui sont d'application à la prestation 784335 ;

2° la durée minimale des prestations par communication vidéo reste de 60 minutes ;

3° l'honoraire et le montant de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour les prestations dispensées par communication vidéo que pour la prestation 784335 ;

4° l'ergothérapeute peut dispenser un maximum de 2 prestations par communication vidéo pour le même patient, et un maximum de 1 par jour par patient ;

5° les prestations dispensées par communication vidéo comptent pour le nombre maximum de prestations 784335 dans lesquelles l'assurance intervient pour un patient ;

6° l'ergothérapeute doit convenir à l'avance, par téléphone, avec le patient de la réalisation de prestations par communication vidéo, en vérifiant si le patient est en mesure de le faire et s'il dispose de l'équipement nécessaire (l'appareillage de communication et des applications software exigés). L'ergothérapeute informe également le patient à l'avance de la quote-part personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour ces prestations ;

7° l'ergothérapeute enregistre la prestation par communication vidéo et sa durée dans le dossier du patient qu'il tient par patient ;

8° op het getuigschrift van verzorging attesteert de ergotherapeut de verstrekking via videocommunicatie door de gebruikelijke nomenclatuurcode 784335 te vermelden, samen met de bijkomende code 792433. De pseudocode 792433 wordt rechts naast de gebruikelijke nomenclatuurcode vermeld. Indien de ergotherapeut elektronisch factureert, vermeldt hij de bijkomende pseudocode 792433 in de zone “betrekkelijke verstrekking” van het facturatiebestand.

Afdeling 4. — Zorg op afstand inzake revalidatieverstrekkingen voorzien per overeenkomst

Art. 23. Gelet op de adviezen in verband met de COVID-19 pandemie worden afwijkingen voorzien op de bepalingen van de overeenkomsten bedoeld in artikel 22, 6° en artikel 23, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de periode vanaf 14 maart 2020.

Art. 24. Overeenkomsten met de centra die patiënten begeleiden die kampen met de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen, met de centra voor transgenderzorg en met de geheugenklinieken.

§ 1. In het kader van de overeenkomsten die het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van artsen-directeurs, gesloten heeft met de centra die patiënten begeleiden die kampen met de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen (Riziv-identificatienummer 7.76.1xx.xx), met de centra voor transgenderzorg (Riziv-identificatienummer 7.76.2xx.xx) en met de geheugenklinieken (Riziv-identificatienummer 7.78.1xx.xx) kan een psycholoog die deel uitmaakt van het team dat de overeenkomst voorziet, zittingen via videocommunicatie realiseren.

§ 2. De volgende verstrekkingen komen hiervoor in aanmerking:

1° de verstrekking “zitting” (pseudocodes 784593 – 784604) van de centra die patiënten begeleiden die kampen met de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen;

2° de verstrekking “zitting” (pseudocodes 787916 – 787920) van de centra voor transgenderzorg;

3° de verstrekking “zitting in de kliniek” (pseudocodes 784512 – 784523) van de geheugenklinieken.

§ 3. Deze verstrekkingen via videocommunicatie kunnen worden gerealiseerd onder volgende voorwaarden:

1° behalve de voorwaarde betreffende de ruimte waar de verstrekking moet worden gerealiseerd, wordt er voldaan aan alle voorwaarden van de respectieve overeenkomsten die op de respectieve verstrekkingen van toepassing zijn;

2° de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende heeft de tenlasteneming van de begeleiding in de betrokken inrichting toegestaan;

3° de minimum-duur van de verstrekkingen via videocommunicatie blijft 60 minuten;

4° per dag en per patiënt kan slechts één verstrekking via videocommunicatie worden vergoed;

5° de prijzen en honoraria van de verstrekkingen via videocommunicatie stemmen overeen met de prijzen en honoraria van de respectieve overeenkomsten die op de respectieve verstrekkingen van toepassing zijn;

6° de verstrekkingen via videocommunicatie tellen mee voor het maximum aantal verstrekkingen waarin de verzekering tussenkomt voor een patiënt;

7° de psycholoog moet vooraf, via telefoon, met de rechthebbende afspreken om via videocommunicatie te werken, en gaat daarbij na of de rechthebbende daartoe in staat is en of hij beschikt over het nodige materiaal (vereiste communicatie-apparatuur en software-applicaties). De psycholoog informeert de rechthebbende ook vooraf over het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor deze verstrekkingen;

8° de psycholoog registreert de verstrekking via videocommunicatie en de duur ervan in het patiëntendossier dat de overeenkomst voorziet;

9° het ziekenhuis dat de respectieve overeenkomst heeft afgesloten met het Verzekeringscomité, factureert de gerealiseerde verstrekking via videocommunicatie met behulp van de pseudocode:

a) 788992 (ambulante patiënt) of 789003 (gehospitaliseerde patiënt) voor een zitting in het kader van de overeenkomst met de centra die patiënten begeleiden die kampen met de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen;

8° sur l’attestation de soins, l’ergothérapeute atteste la prestation par communication vidéo en mentionnant le code de nomenclature habituel 784335 ainsi que le code supplémentaire 792433. Le pseudo-code 792433 est mentionné à droite du code de nomenclature habituel. Si l’ergothérapeute facture par voie électronique, il mentionne le pseudo-code supplémentaire 792433 dans la zone “prestation relative” du fichier de facturation.

Section 4. — Soins à distance concernant des prestations de rééducation prévues par convention

Art. 23. Vu les conseils concernant la pandémie de COVID-19, des dérogations aux dispositions des conventions visées aux articles 22, 6° et 23, § 3 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sont prévues pour la période à partir du 14 mars 2020.

Art. 24. Conventions avec les centres d’accompagnement des patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines, avec les centres d’accompagnement de la transidentité et avec les cliniques de la mémoire.

§ 1. Dans le cadre des conventions conclues par le Comité de l’assurance, sur proposition du Collège des médecins directeurs, avec les centres d’accompagnement des patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines (numéro d’identification Inami 7.76.1xx.xx), avec les centres d’accompagnement de la transidentité (numéro d’identification Inami 7.76.2xx.xx) et avec les cliniques de la mémoire (numéro d’identification Inami 7.78.1xx.xx), un psychologue faisant partie de l’équipe prévue par la convention peut dispenser des séances par communication vidéo.

§ 2. Les prestations suivantes entrent en ligne de compte :

1° la prestation « séance » (pseudo-codes 784593 - 784604) des centres qui accompagnent des patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines ;

2° la prestation “séance” (pseudo-codes 787916 – 787920) des centres d’accompagnement de la transidentité ;

3° la prestation “séance en clinique” (pseudo-codes 784512 - 784523) des cliniques de la mémoire.

§ 3. Ces prestations peuvent être dispensées par communication vidéo dans les conditions suivantes :

1° sauf la condition relative à l’endroit où la prestation doit être dispensée, il est satisfait à toutes les conditions prévues dans les conventions respectives qui sont d’application aux prestations respectives ;

2° le médecin-conseil de l’organisme assureur du bénéficiaire a autorisé la prise en charge de l’accompagnement dans l’établissement concerné ;

3° la durée minimale des prestations par communication vidéo reste de 60 minutes ;

4° une seule prestation par communication vidéo par jour et par patient peut être remboursée ;

5° les prix et honoraires des prestations dispensées par communication vidéo correspondent aux prix et honoraires fixés dans les conventions respectives qui sont d’application pour les prestations respectives ;

6° les prestations dispensées par communication vidéo comptent pour le nombre maximum de prestations dans lesquelles l’assurance intervient pour un patient ;

7° le psychologue doit convenir au préalable, par téléphone, avec le bénéficiaire de travailler par communication vidéo, en vérifiant si celui-ci est en mesure de le faire et s’il dispose de l’équipement nécessaire (l’appareillage de communication et des applications software exigés). Le psychologue informera également le bénéficiaire à l’avance de la quote-part personnelle de ce dernier dans les honoraires pour ces prestations ;

8° le psychologue enregistre la prestation par communication vidéo et sa durée dans le dossier du patient prévu dans la convention ;

9° l’hôpital qui a conclu la convention respective avec le Comité de l’assurance facture la prestation réalisée par communication vidéo au moyen du pseudocode :

a) 788992 (patient ambulatoire) ou 789003 (patient hospitalisé) pour une séance dans le cadre de la convention conclue avec les centres qui accompagnent les patients souffrant de séquelles de mutilations génitales féminines ;

b) 785971 (ambulante patiënt) of 785982 (gehospitaliseerde patiënt) voor een zitting in het kader van de overeenkomst met de centra voor transgenderzorg;

c) 785993 (ambulante patiënt) of 786004 (gehospitaliseerde patiënt) voor een zitting in het kader van de overeenkomst met de geheugen-klinieken.

Art. 25. Overeenkomsten met de inrichtingen Clairs Vallons en Zeepreventorium

§ 1. In het kader van de overeenkomsten die het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van artsen-directeurs, gesloten heeft met de inrichtingen “Clairs Vallons” in Ottignies (Riziv-identificatienummer 7.76.601.78) en “Zeepreventorium” in De Haan (Riziv-identificatienummer 7.76.602.77), kan een individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur, via telefoon of videocommunicatie worden gerealiseerd voor rechthebbenden van wie het revalidatieprogramma in de betrokken inrichting onderbroken is.

§ 2. Deze verstrekkingen via telefoon of videocommunicatie kunnen worden gerealiseerd onder volgende voorwaarden:

1° de verstrekking individuele begeleidingssessie van 1 uur via telefoon of videocommunicatie kan alleen worden verricht voor een rechthebbende voor wie de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende de tenlasteneming van het revalidatieprogramma in de betrokken inrichting heeft toegestaan;

2° alleen individuele begeleiding van 1 patiënt of van het gezin van 1 patiënt of van een gezin waarvan meerdere patiënten deel uitmaken, is mogelijk. Groepssessies via telefoon of video met meerdere patiënten die geen deel uitmaken van hetzelfde gezin, zijn uitgesloten;

3° de individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie kan nooit worden aangerekend voor patiënten die in de inrichting verblijven of die in een ziekenhuis zijn opgenomen;

4° de individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie kan nooit worden aangerekend voor nieuwe patiënten voor wie de tenlasteneming van de revalidatie op 14 maart 2020 nog niet was gestart;

5° de individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie mag worden opgesplitst in kleinere delen, waarbij eventueel afwisselend diverse leden van het team dat de overeenkomst voorziet, tussenkomen;

6° per week kunnen voor een zelfde rechthebbende maximum 5 individuele begeleidingssessies van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie worden vergoed;

7° de prijs van de individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie bedraagt 100 euro. Deze prijs houdt niet alleen rekening met de minimale duur van de individuele begeleidingszitting, maar ook met de noodzakelijke voorbereidingstijd, de tijd die nodig is voor de rapportering hierover, de supervisie door de arts, de tijd besteed aan teamoverleg, de administratiekosten en de algemene werkingskosten van de inrichting;

8° het teamlid dat een individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie verricht, spreekt met de patiënt vooraf af om verstrekkingen via de telefoon of via videocommunicatie te verrichten en informeert de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger vooraf over het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor de gerealiseerde verstrekking;

9° van iedere individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie wordt de datum, het begin- en einduur, de identiteit van alle betrokkenen, de discipline waartoe een betrokken teamlid behoort en de inhoud van de tussenkomst geregistreerd in het patiëntendossier dat de overeenkomst voorziet;

10° de individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie wordt aangerekend met behulp van de pseudocode 783996.

§ 3. De teamleden van Clairs Vallons en Zeepreventorium kunnen voor de patiënten van de inrichting waarin ze werkzaam zijn, met inbegrip van de patiënten die het revalidatieprogramma van deze inrichtingen onderbroken hebben, nooit verstrekkingen op afstand verrichten waarin de verzekering voor geneeskundige verzorging tussenkomt op basis van een andere regeling dan de overeenkomsten die het Verzekeringscomité met Clairs Vallons en het Zeepreventorium heeft gesloten. Alleen de individuele begeleidingssessie van minimum 1 uur via telefoon of videocommunicatie kan, onder de hierboven beschreven voorwaarden, door teamleden van deze inrichtingen via

b) 785971 (patient ambulatoire) ou 785982 (patient hospitalisé) pour une séance réalisée dans le cadre de la convention conclue avec les centres pour la transidentité ;

c) 785993 (patient ambulatoire) ou 786004 (patient hospitalisé) pour une séance réalisée dans le cadre de la convention conclue avec les cliniques de la mémoire.

Art. 25. Conventions conclues avec les établissements Clairs Vallons et Zeepreventorium

§ 1^{er}. Dans le cadre des conventions que le Comité de l'assurance a conclues, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, avec les établissements “Clairs Vallons” à Ottignies (numéro d'identification Inami 7.76.601.78) et le “Zeepreventorium” à De Haan (numéro d'identification Inami 7.76.602.77), une séance d'accompagnement individuel d'une heure par téléphone ou communication vidéo peut être dispensée pour les bénéficiaires pour lesquels le programme de rééducation est interrompu dans l'établissement concerné.

§ 2. Ces prestations par téléphone ou par communication vidéo peuvent être dispensées sous les conditions suivantes :

1° la prestation séance d'accompagnement individuel d'une heure par téléphone ou par communication vidéo peut seulement être réalisée pour un bénéficiaire pour lequel le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire a autorisé la prise en charge du programme de rééducation dans l'établissement concerné ;

2° seul l'accompagnement individuel d'un patient ou de la famille d'un patient ou de la famille de laquelle plusieurs patients font partie est possible. Les séances de groupe par téléphone ou par communication vidéo avec plusieurs patients qui ne font pas partie de la même famille sont exclues ;

3° la séance d'accompagnement individuel de minimum une heure par téléphone ou communication vidéo ne peut jamais être portée en compte pour les patients qui séjournent dans l'établissement ou qui sont admis dans un hôpital ;

4° la séance d'accompagnement individuel de minimum une heure par téléphone ou communication vidéo ne peut jamais être portée en compte pour des nouveaux patients pour lesquels la prise en charge de la rééducation n'a pas encore débuté au 14 mars 2020 ;

5° la séance d'accompagnement individuel de minimum une heure par téléphone ou communication vidéo peut être divisée en petites parties durant lesquelles différents membres de l'équipe prévue par la convention interviennent alternativement ;

6° par semaine, maximum 5 séances d'accompagnement individuel de minimum 1 heure par téléphone ou communication vidéo sont remboursées pour un même bénéficiaire ;

7° le prix de la séance d'accompagnement individuel de minimum 1 heure par téléphone ou communication vidéo est fixé à 100 euros. Ce prix ne tient pas seulement compte de la durée minimum de la séance d'accompagnement individuel mais également du temps de préparation nécessaire, du temps nécessaire à la rédaction des rapports, de la supervision par les médecins, du temps nécessaire à la concertation d'équipe, des frais d'administration et des frais de fonctionnement généraux de l'établissement ;

8° le membre de l'équipe qui mène une séance d'accompagnement individuel d'au moins une heure par téléphone ou par communication vidéo convient à l'avance avec le patient de la réalisation des prestations par téléphone ou par communication vidéo et informe à l'avance le bénéficiaire ou son représentant légal de la part personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations dispensées ;

9° pour chaque séance d'accompagnement individuel d'au moins 1 heure par téléphone ou par communication vidéo, la date, l'heure de début et de fin, l'identité de toutes les personnes impliquées, la discipline à laquelle appartient un membre de l'équipe impliquée et le contenu de l'intervention seront enregistrés dans le dossier du patient prévu dans la convention ;

10° la séance d'accompagnement individuel d'au moins 1 heure par téléphone ou par communication vidéo sera facturée en utilisant le pseudo-code 783996.

§ 3. Les membres de l'équipe de Clairs Vallons et du Zeepreventorium ne peuvent jamais dispenser, aux patients de l'établissement dans lequel ils travaillent, y compris aux patients qui ont interrompu le programme de rééducation dans ces établissements, des prestations à distance dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient sur la base d'une autre réglementation que les conventions conclues par le Comité de l'assurance avec Clairs Vallons et le Zeepreventorium. Seule la

telefoon of videocommunicatie voor patiënten van deze inrichtingen worden gerealiseerd.

Art. 26. Overeenkomsten met de revalidatiecentra voor locomotorische en neurologische revalidatie

§ 1. In het kader van de overeenkomsten die het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van artsen-directeurs, gesloten heeft met de revalidatiecentra voor locomotorische en neurologische revalidatie (met een Riziv-identificatienummer van het type 7.71.xxx.xx, 9.50.xxx.xx of 9.51.xxx.xx), kan een verstrekking logopedie via videocommunicatie worden gerealiseerd.

§ 2. Het betrokken revalidatiecentrum kan deze verstrekking logopedie via videocommunicatie aanrekenen onder de volgende voorwaarden:

1° de verstrekking logopedie via videocommunicatie wordt verricht voor een rechthebbende voor wie de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende de tenlasteneming van het revalidatieprogramma in een revalidatiecentrum voor locomotorische en neurologische revalidatie heeft toegestaan;

2° de verstrekking logopedie via videocommunicatie wordt verricht voor een rechthebbende van wie het revalidatieprogramma in een revalidatiecentrum voor locomotorische en neurologische revalidatie tijdelijk is onderbroken;

3° de verstrekking logopedie via videocommunicatie wordt verricht door een logopedist die deel uitmaakt van het team van het revalidatiecentrum voor locomotorische en neurologische revalidatie dat met het Verzekeringscomité een overeenkomst heeft gesloten;

4° de minimumduur van de verstrekking logopedie via videocommunicatie bedraagt 30 minuten;

5° het betreft een individuele verstrekking, waarbij één logopedist één patiënt behandelt;

6° de logopedist moet vooraf, via telefoon, met de rechthebbende afspreken om via videocommunicatie te werken, en gaat daarbij na of de rechthebbende daartoe in staat is en of hij beschikt over het nodige materiaal (veriste communicatie-apparatuur en software-applicaties). De logopedist informeert de rechthebbende ook vooraf over het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor deze verstrekkingen;

7° de logopedist registreert de verstrekking via videocommunicatie en de duur ervan in het patiëntendossier dat de overeenkomst voorziet;

8° de prijs van de logopedieverstrekking via videocommunicatie bedraagt 24,06 euro;

9° per dag kan voor eenzelfde rechthebbende maximum één logopedieverstrekking via videocommunicatie in het kader van de overeenkomst met het Verzekeringscomité worden aangerekend;

10° het ziekenhuis dat de overeenkomst heeft afgesloten met het Verzekeringscomité, factureert de gerealiseerde verstrekking via videocommunicatie met behulp van de pseudocode:

a) 783495 (ambulante patiënt) of 783506 (gehospitaliseerde patiënt) voor een zitting in het kader van een overeenkomst met een Riziv-identificatienummer van het type 7.71.xxx.xx;

b) 791475 (ambulante patiënt) of 791486 (gehospitaliseerde patiënt) voor een zitting in het kader van een overeenkomst met een Riziv-identificatienummer van het type 9.50.xxx.xx;

c) 791534 (ambulante patiënt) of 791545 (gehospitaliseerde patiënt) voor een zitting in het kader van een overeenkomst met een Riziv-identificatienummer van het type 9.51.xxx.xx.

Art. 27. Overeenkomst met de CP-referentiecentra

§ 1. In het kader van de overeenkomsten die het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van artsen-directeurs, gesloten heeft met de referentiecentra voor cerebral palsy (CP) (overeenkomsten met een Riziv-identificatienummer van het type 7.89.50x.xx), kan de verstrekking "punctueel advies" die omschreven wordt in artikel 7, 3° en artikel 11 van die overeenkomsten, via telefoon of videocommunicatie worden gerealiseerd.

§ 2. Het betrokken CP-referentiecentrum kan deze verstrekking "punctueel advies" via telefoon of videocommunicatie aanrekenen aan de verzekering onder de volgende voorwaarden:

1° de verstrekking punctueel advies voldoet aan de voorwaarden van de overeenkomst, en in het bijzonder aan de voorwaarden van de artikelen 7, 3°, 11 en 12 van de overeenkomst;

séance d'accompagnement individuel d'au moins 1 heure par téléphone ou communication vidéo peut être dispensée, dans les conditions décrites ci-dessus, par les membres de l'équipe de ces établissements par téléphone ou par communication vidéo pour les patients de ces établissements.

Art. 26. Conventions avec les centres de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique

§ 1^{er}. Dans le cadre des conventions que le Comité de l'assurance a conclues, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, avec les centres de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique (avec un numéro d'identification Inami de type 7.71.xxx.xx, 9.50.xxx.xx ou 9.51.xxx.xx), une prestation de logopédie peut être dispensée par communication vidéo.

§ 2. Le centre de rééducation fonctionnelle concerné peut porter en compte cette prestation de logopédie par communication vidéo sous les conditions suivantes:

1° la prestation de logopédie par communication vidéo est dispensée pour un bénéficiaire pour lequel le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire a autorisé la prise en charge du programme de rééducation dans un centre de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique;

2° la prestation de logopédie par communication vidéo est dispensée pour un bénéficiaire dont le programme de rééducation dans un centre de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique est temporairement interrompu;

3° la prestation de logopédie par communication vidéo est dispensée par un logopède qui fait partie de l'équipe du centre de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance;

4° la durée minimale de la prestation de logopédie par communication vidéo est de 30 minutes;

5° il s'agit d'une prestation individuelle dans laquelle un logopède traite un patient;

6° le logopède doit convenir au préalable avec le bénéficiaire, par téléphone, de travailler par communication vidéo, et vérifie à cette occasion que le bénéficiaire en est capable et qu'il dispose du matériel nécessaire (l'appareillage de communication et des applications software exigés). Le logopède informe également au préalable le bénéficiaire de la quote-part du bénéficiaire dans l'honoraire de ces prestations;

7° le logopède enregistre la prestation par communication vidéo ainsi que sa durée dans le dossier du patient prévu par la convention;

8° le prix de la prestation de logopédie par communication vidéo est fixé à 24,06 euros;

9° pour un même bénéficiaire, maximum une prestation de logopédie par communication vidéo peut être portée en compte par jour dans le cadre de la convention signée avec le Comité de l'assurance;

10° l'hôpital qui a conclu la convention avec le Comité de l'assurance, facture la prestation dispensée par communication vidéo au moyen du pseudocode:

a) 783495 (patient ambulatoire) ou 783506 (patient hospitalisé) pour une séance dans le cadre d'une convention avec un numéro d'identification Inami du type 7.71.xxx.xx;

b) 791475 (patient ambulatoire) ou 791486 (patient hospitalisé) pour une séance dans le cadre d'une convention avec un numéro d'identification Inami du type 9.50.xxx.xx;

c) 791534 (patient ambulatoire) ou 791545 (patient hospitalisé) pour une séance dans le cadre d'une convention avec un numéro d'identification Inami du type 9.51.xxx.xx.

Art. 27. Convention avec les centres de référence IMOC

§ 1^{er}. Dans le cadre des conventions que le Comité de l'assurance a conclues, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, avec les centres de référence pour l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) (conventions avec un numéro d'identification Inami de type 7.89.50x.xx), la prestation "avis ponctuel" qui est décrite à l'article 7, 3° et à l'article 11 de ces conventions, peut être dispensée par communication vidéo.

§ 2. Le centre de référence IMOC concerné peut porter en compte cette prestation "avis ponctuel" par téléphone ou communication vidéo sous les conditions suivantes:

1° la prestation avis ponctuel répond aux conditions de la convention, et en particulier aux conditions des articles 7, 3°, 11 et 12 de la convention;

2° de verstrekking punctueel advies kan alleen via telefoon of videocommunicatie worden gerealiseerd voor een rechthebbende voor wie er reeds een revalidatieprogramma lopende is waarvan de tenlasteneming door de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende is toegestaan;

3° de verstrekking punctueel advies kan alleen via telefoon of videocommunicatie worden gerealiseerd voor een rechthebbende voor wie eerder reeds de verstrekking 783510-783521, zoals die omschreven is in artikel 7, 1° en artikel 8 van de overeenkomst met het Verzekeringscomité, is gerealiseerd geweest;

4° de leden van het team van het CP-referentiecentrum die tussenkomen in de verstrekking, informeren de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger over het verschuldigde persoonlijk aandeel voordat met de verstrekking wordt gestart;

5° de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger heeft voorafgaandelijk ingestemd met het verrichten van de verstrekking punctueel advies via telefoon of videocommunicatie;

6° de rechthebbende heeft, verspreid over minimum 2 verschillende dagen, in het totaal minimum 2 uur begeleiding via telefoon of videocommunicatie gekregen. Per dag en per patiënt kan maximum 1 uur begeleiding via telefoon of videocommunicatie in aanmerking worden genomen. Dit uur mag eventueel worden opgesplitst in kleinere delen. Alleen begeleidingstijd waarvoor op geen enkele andere manier een tussenkomst wordt aangerekend, kan in aanmerking worden genomen;

7° de verstrekking punctueel advies via telefoon of videocommunicatie kan maximum 1 keer per maand en per rechthebbende worden aangerekend;

8° de verstrekking punctueel advies via telefoon of videocommunicatie wordt volledig gerealiseerd door middel van individuele begeleiding (begeleiding van 1 patiënt en zijn gezin). Groepsessies via telefoon of videocommunicatie met meerdere patiënten die geen deel uitmaken van hetzelfde gezin, kunnen geen deel uitmaken van de minimum vereiste begeleidingstijd;

9° alle tussenkomsten via telefoon of videocommunicatie moeten in het patiëntendossier worden vermeld (datum, begin- en einduur, welk teamlid en welke discipline, inhoud van de tussenkomst);

10° de verstrekking punctueel advies via telefoon of videocommunicatie wordt aangerekend aan de prijs die krachtens de overeenkomst met het Verzekeringscomité verschuldigd is voor een verstrekking punctueel advies;

11° de verstrekking punctueel advies via telefoon of videocommunicatie wordt aangerekend met behulp van de pseudocode 784394 (ambulante patiënt) of 784405 (gehospitaliseerde patiënt).

Art. 28. Overeenkomst met het multidisciplinair diagnostisch centrum voor patiënten met het Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)

§ 1. In het kader van de overeenkomst die het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van artsen-directeuren, gesloten heeft met het multidisciplinair diagnostisch centrum voor patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom (overeenkomst met Riziv-identificatienummer 7.89.453.30), kan de verstrekking “sessie cognitieve gedragstherapie” (CGT-sessie) via videocommunicatie worden gerealiseerd.

§ 2. De ‘CGT-sessie door videocommunicatie’ is een CGT-sessie zoals gedefinieerd in artikel 19 van de overeenkomst waarbij de ‘cognitief gedragstherapeut voor CVS’ en de rechthebbende niet samen lijfelijk aanwezig zijn in de praktijkkamer van de cognitief gedragstherapeut (in afwijking van artikel 19, 2° van de overeenkomst), maar de behandelingssessie van cognitieve gedragstherapie realiseren door communicatie op afstand via een toepassing van videocommunicatie.

§ 3. Om een CGT-sessie door videocommunicatie te kunnen realiseren dient de ‘cognitief gedragstherapeut voor CVS’ vooraf, per telefoon, met de rechthebbende afgesproken te hebben om de sessie per videocommunicatie te realiseren. De ‘cognitief gedragstherapeut voor CVS’ gaat daarbij na of de rechthebbende daartoe in staat is en of hij beschikt over de voor videocommunicatie vereiste communicatie-apparatuur en software-applicaties.

§ 4. De bepalingen en het tarief van de overeenkomst die van toepassing zijn op de ‘CGT-sessies’ zijn eveneens van toepassing op de ‘CGT-sessies door videocommunicatie’. Onder meer wat de naleving van bepaalde maxima betreft, telt de CGT-sessie door videocommunicatie mee als een gewone CGT-sessie.

2° la prestation avis ponctuel peut uniquement être dispensée par téléphone ou communication vidéo pour un bénéficiaire pour lequel un programme de rééducation est déjà en cours, dont la prise en charge a été autorisée par le médecin-conseil de l’organisme assureur du bénéficiaire ;

3° la prestation avis ponctuel peut uniquement être dispensée par téléphone ou communication vidéo pour un bénéficiaire pour lequel la prestation 783510-783521, telle que décrite à l’article 7, 1° et à l’article 8 de la convention conclue avec le Comité de l’assurance, a déjà été dispensée auparavant ;

4° les membres de l’équipe du centre de référence IMOC qui interviennent dans la prestation informent le bénéficiaire ou son représentant légal de la quote-part personnelle due avant que la prestation ne soit initiée ;

5° le bénéficiaire ou son représentant légal a donné au préalable son accord pour la réalisation de la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo ;

6° le bénéficiaire a reçu au total minimum 2 heures d’accompagnement par téléphone ou communication vidéo réparties sur au moins 2 jours différents. Par jour et par patient, maximum 1 heure d’accompagnement par téléphone ou communication vidéo peut être prise en compte. Cette heure peut éventuellement être divisée en plus petites parties. Seul le temps d’accompagnement pour lequel une intervention ne peut être portée en compte d’aucune autre manière, peut entrer en ligne de compte ;

7° la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo peut être portée en compte au maximum 1 fois par mois et par bénéficiaire ;

8° la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo est dispensée complètement au moyen d’un accompagnement individuel (accompagnement de 1 patient et de sa famille). Les séances de groupe par téléphone ou communication vidéo avec plusieurs patients, qui ne font pas partie de la même famille, ne peuvent pas faire partie du temps d’accompagnement minimum exigé ;

9° toutes les interventions par téléphone ou communication vidéo doivent être mentionnées dans le dossier du patient (date, heure de début et de fin, quel membre de l’équipe et quelle discipline, contenu de l’intervention) ;

10° la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo est portée en compte au prix qui, en vertu de la convention avec le Comité de l’assurance, est dû pour une prestation avis ponctuel ;

11° la prestation avis ponctuel par téléphone ou communication vidéo est portée en compte au moyen du pseudocode 784394 (patient ambulatoire) ou 784405 (patient hospitalisé).

Art. 28. Convention avec le centre de diagnostic multidisciplinaire pour les patients atteints du Syndrome de fatigue chronique (SFC)

§ 1^{er}. Dans le cadre de la convention que le Comité de l’assurance a conclue, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, avec le centre de diagnostic multidisciplinaire pour les patients atteints du syndrome de fatigue chronique (convention avec numéro d’identification Inami 7.89.453.30), la prestation “séance de thérapie cognitivo-comportementaliste” (séance TCC) peut être dispensée par communication vidéo.

§ 2. La « séance TCC par communication vidéo » est une séance TCC telle que définie à l’article 19 de la convention où le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC » et le bénéficiaire ne sont pas physiquement ensemble présents dans le cabinet du thérapeute cognitivo-comportementaliste (en dérogation à l’article 19, 2° de la convention), mais dispensent la séance de traitement de thérapie cognitivo-comportementaliste par communication à distance par le biais d’une application de communication vidéo.

§ 3. Pour pouvoir réaliser une séance TCC par communication vidéo, le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC » doit avoir au préalable convenu avec le bénéficiaire, par téléphone, d’effectuer la séance par communication vidéo. Le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC » vérifie à cette occasion que le bénéficiaire en est capable et qu’il dispose de l’appareillage de communication et des applications software exigés pour une communication vidéo.

§ 4. Les dispositions et le tarif de la convention qui sont d’application pour les « séances TCC » sont également d’application pour les « séances TCC par communication vidéo ». Notamment en ce qui concerne le respect de certains maxima, la séance TCC par communication vidéo compte comme une séance TCC classique.

§ 5. De pseudocode voor de CGT-sessie door videocommunicatie is 788970 voor ambulante rechthebbenden en 788981 voor gehospitaliseerde rechthebbenden.

Art. 29. Het koninklijk besluit van 18 maart 2020 tot vaststelling van verschillende uitzonderlijke maatregelen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met het oog op de zorgopvang van patiënten in de context van de COVID-19 pandemie met het SARS-CoV-2 virus wordt opgeheven.

TITEL 4. — STRUCTUREN

HOOFDSTUK 1. — *Schakelzorgcentra*

Art. 30. Voor de toepassing van dit hoofdstuk wordt verstaan onder:

1° triage- en afnamecentrum: de centra bedoeld in artikel 44;

2° schakelzorgcentrum: de centra die in het kader van COVID-19 door de deeleniteiten zijn opgericht na goedkeuring van de gouverneur, die tijdelijk patiënten huisvesten die zijn doorverwezen na opname in een ziekenhuis of doorverwezen door een triage- en afnamecentrum of door een dienst spoedgevallen, en die om de reden die zijn opgenomen in dit hoofdstuk niet direct kunnen terugkeren naar hun gewone leefsituatie;

3° de wet: de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

4° de verplichte verzekering: de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zoals bedoeld in de wet van 14 juli 1994;

5° het Riziv: het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Art. 31. Dit hoofdstuk regelt :

1° voor de schakelzorgcentra, de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering kan tegemoetkomen in de kosten van opvolging, toezicht en zorg door verpleegkundigen, zorgkundigen en door artsen;

2° de voorwaarden voor de tegemoetkoming door de verplichte verzekering in de kost van andere gezondheidszorg in de centra bedoeld in artikel 30, 2°.

Art. 32. § 1. De patiënten waarvoor de tegemoetkomingen bedoeld in dit hoofdstuk worden toegekend, zijn deze waarbij COVID-19 werd gedetecteerd. Ofwel werden ze hiervoor opgenomen in het ziekenhuis ofwel zijn ze onderzocht in een triage- en afnamecentrum of in een dienst spoedgevallen waar beslist werd dat een opname in het ziekenhuis niet nodig is.

Als bij deze patiënten wordt vastgesteld zij bij hun terugkeer naar hun gewone leefsituatie zich niet kunnen houden aan de strikte regels van isolering, hygiëne en afstand houden van hoog risico personen of als ze nog specifieke zorg nodig hebben die niet kan worden aangeboden in een gewone leefsituatie, kunnen ze opgenomen worden in een schakelzorgcentrum voor een verblijf tot drie weken.

Deze vaststelling wordt vermeld in de verwijfsbrief van de behandelende arts naar het schakelzorgcentrum.

§ 2. Indien het gaat om een patiënt die in normale omstandigheden in een collectieve/residentieële structuur verblijft en waarbij COVID-19 werd gedetecteerd dient de patiënt bij ontslag uit het ziekenhuis terug verwezen te worden naar het collectieve/residentieel verblijf waar hij onder strikte voorwaarden van isolering en hygiëne moet kunnen opgevangen worden en waar de continuïteit van zorg kan gegarandeerd worden.

Indien dit onmogelijk kan gegarandeerd worden als gevolg van uitzonderlijk moeilijke omstandigheden binnen het residentieel verblijf en indien dit werd vastgesteld door de erkennende overheid, kan een tijdelijke opvang in het schakelzorgcentrum beslist worden.

Omwille van psychosociale reden dient dit verblijf tot een minimum in de tijd beperkt worden en bij voorkeur niet langer dan één week.

Art. 33. § 1. De schakelzorgcentra moeten in staat zijn om de patiënten die zich bevinden in de volgende situaties op te nemen :

1° Voor een patiënt waarbij COVID-19 werd gedetecteerd en die geen chronische aandoening heeft, zelfredzaam is en in het algemeen onafhankelijk is in zijn dagelijks leven, is alleen dagelijkse bewaking van bepaalde parameters nodig om eventuele verslechtering van zijn toestand op te sporen.

§ 5. Le pseudocode pour la séance TCC par communication vidéo est 788970 pour les bénéficiaires ambulatoires et 788981 pour les bénéficiaires hospitalisés.

Art. 29. L'arrêté royal du 18 mars 2020 exécutant diverses mesures exceptionnelles relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue d'une prise en charge des patients dans le contexte de la COVID-19 pandémie avec le virus SARS-CoV-2 est abrogé.

TITRE 4. — STRUCTURES

CHAPITRE 1^{er}. — *Structures de soins intermédiaires*

Art. 30. Pour l'application du présent chapitre, il faut entendre par :

1° centre de triage et de prélèvement : les centres visés à l'article 44 ;

2° structure de soins intermédiaire : les centres qui dans le cadre du COVID-19 sont créés par les entités fédérées après approbation du gouverneur, qui hébergent temporairement les patients qui ont été envoyés après leur hospitalisation ou envoyés par un centre de triage et de prélèvement ou par un service d'urgences et qui, pour les raisons exposées dans le présent chapitre, ne peuvent pas retourner immédiatement à leur situation de vie normale ;

3° la loi : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

4° l'assurance obligatoire : l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle que visée dans la loi du 14 juillet 1994 ;

5° l'INAMI : l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Art. 31. Le présent chapitre règle :

1° pour les structures de soins intermédiaires, les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire peut intervenir dans les coûts liés au suivi, à la surveillance et aux soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier, les aides-soignants et les médecins ;

2° les conditions d'intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'autres soins de santé dispensés dans les centres visés à l'article 30, 2°.

Art. 32. § 1^{er}. Les patients pour lesquels les interventions visées dans le présent chapitre peuvent être accordées sont ceux chez qui le COVID-19 a été détecté. Soit ils ont été hospitalisés pour cette raison, soit ils ont été examinés dans un centre de triage et de prélèvement ou un service d'urgences qui a décidé que leur état ne nécessitait pas une hospitalisation.

S'il est constaté qu'à leur retour dans leur lieu de vie habituel, ces patients ne peuvent pas respecter les règles strictes d'isolement, d'hygiène et de distanciation des personnes à haut risque ou qu'ils ont encore besoin de soins spécifiques qui ne peuvent pas être dispensés dans leur lieu de vie habituel, ils peuvent être hébergés dans une structure de soins intermédiaire pour une période allant jusqu'à trois semaines.

Cette constatation est mentionnée dans la lettre de renvoi du médecin traitant vers la structure de soins intermédiaire.

§ 2. S'il s'agit d'un patient qui, en temps normal, séjourne dans une structure collective/residentielle et chez qui le COVID-19 a été détecté, le patient doit, à sa sortie d'hôpital, être envoyé vers la structure collective/residentielle où il doit pouvoir séjourner dans le respect strict des conditions imposées en matière d'isolement et d'hygiène et où la continuité des soins peut être garantie.

Si cela ne peut être garanti en raison de circonstances exceptionnellement difficiles au cours du séjour résidentiel et si cela a été constaté par l'autorité compétente, un accueil temporaire peut être décidé au sein d'une structure de soins intermédiaire.

Pour des raisons psychosociales, ce séjour doit être limité le plus possible dans le temps et de préférence ne pas dépasser une semaine.

Art. 33. § 1^{er}. Les structures de soins intermédiaires doivent être en mesure d'accueillir les patients qui se trouvent dans les situations suivantes :

1°. Pour un patient chez qui le COVID-19 a été détecté, qui ne présente aucune pathologie chronique et qui est généralement autonome dans sa vie quotidienne, seule une surveillance quotidienne de certains paramètres pour détecter toute aggravation éventuelle de son état est nécessaire.

2° Voor een patiënt waarbij COVID-19 werd gedetecteerd en die in het algemeen weinig onafhankelijk is in het dagelijks leven (gedesoriënteerd, geriatrisch, met een handicap, Katz-schaal thuisverpleging A, B of C, enz.) of die chronische zorg nodig heeft (wondverzorging, insuline, enz.), moet het schakelzorgcentrum omkadering aanbieden die hem in staat zal stellen om naast de dagelijkse bewaking van de parameters om eventuele verslechtering van zijn toestand op te sporen, de zorg te ontvangen die zijn afhankelijkheidssituatie vereist.

3° Voor een patiënt die in het algemeen autonoom is, waarbij COVID-19 werd gedetecteerd en die omwille van de opname in het ziekenhuis tijdelijke rehabilitatiezorg nodig heeft (onder meer na lang verblijf op een dienst intensieve zorg) die in een thuissituatie niet kan gegeven worden omwille van het ontbreken van de noodzakelijke apparatuur of door de ongeschiktheid van de woning, moet een omkadering worden geboden die hem in staat zal stellen om naast de dagelijkse bewaking van de parameters om eventuele verslechtering van zijn toestand op te sporen, de zorg te ontvangen die zijn herstelproces vereist.

§ 2. De opname in een schakelzorgcentrum is enkel mogelijk als de noodzakelijke uitrusting, het materieel en het personeel beschikbaar is.

Art. 34. De tegemoetkoming voor artsen bedoeld in artikel 35 is afhankelijk van de volgende opdrachten en voorwaarden:

1° De tegemoetkoming dekt het medisch toezicht en de medische zorg door een groep van artsen die aangeduid wordt in overleg met de huisartsenkring van de plaats van het centrum;

2° Voor de opvolging van de patiënten, de coördinatie van de zorg en voor toediening van medische zorg wordt, in functie van de zorglast van de patiënten in het centrum, de fysieke aanwezigheid georganiseerd door een arts gedurende maximum 8 uur per dag voor een groep van 30 patiënten;

3° Per bijkomende schijf van 15 patiënten kunnen maximum 4 bijkomende uren van fysieke aanwezigheid van een arts per dag worden toegevoegd;

4° Onder de aangeduide artsen worden afspraken gemaakt voor de beschikbaarheid tijdens de avond en de nacht (17u – 8u de volgende dag) door één arts;

5° De arts verbonden aan het centrum is verantwoordelijk voor het voorschrijven van zorg voor de periode dat de patiënt verblijft in het schakelzorgcentrum;

6° De arts verbonden aan het centrum beslist om de patiënt terug te laten hospitaliseren;

7° De arts verbonden aan het centrum beslist tot het ontslag van de patiënt, in overleg met patiënt/huisarts/andere structuren. Daarbij houdt de arts ook rekening met de ontslagcriteria die door Sciensano worden opgemaakt in het kader van COVID-19 crisis;

8° Bij ontslag van de patiënt uit het centrum maakt de arts verbonden aan het centrum een ontslagbrief over aan de huisarts van de patiënt.

Art. 35. Voor de opdrachten zoals voorzien in artikel 34 gelden de volgende tegemoetkomingen:

1° Voor de uren dat een arts oproepbaar is tussen 17 uur 's avonds en 8 uur 's ochtends de volgende dag bedraagt de tegemoetkoming 6,51 euro per uur (beschikbaarheid honoraria). Voor elk van die periodes kan maximum één arts dit honorarium ontvangen. Deze uren worden niet geregistreerd in Medega. Deze tegemoetkoming dekt eveneens de tijd voor telefonische consultaties.

Deze tegemoetkoming wordt door het Riziv betaald aan het schakelzorgcentrum op basis van een lijst van uren beschikbaarheid per arts;

2° Voor de fysieke aanwezigheid in het schakelzorgcentrum overdag en/of bij fysieke aanwezigheid na oproeping tussen 17 uur 's avonds en 8 uur 's ochtends de volgende dag bedraagt de tegemoetkoming 80,34 euro per uur;

Deze tegemoetkoming dekt alle verstrekkingen die worden uitgevoerd tijdens de aanwezigheid in het schakelzorgcentrum.

Deze tegemoetkoming wordt door het Riziv betaald aan het schakelzorgcentrum op basis van een lijst van het aantal gepresteerde uren per arts in het centrum.

3° Tijdens het verblijf van de patiënt in het schakelzorgcentrum kunnen de honoraria zoals bedoeld in hoofdstuk 2 van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet worden aangerekend.

2° Pour un patient chez qui le COVID-19 a été détecté et qui est généralement peu autonome dans la vie quotidienne (désorienté, gériatrique, souffrant d'un handicap, soins infirmiers à domicile avec échelle de Katz A, B ou C, etc.) ou nécessitant des soins chroniques (soins de plaies, insuline, etc.), la structure intermédiaire doit assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne des paramètres pour détecter toute aggravation éventuelle de son état, permettra de lui administrer les soins que son état de dépendance requiert.

3° Pour un patient qui est généralement autonome, chez qui le COVID-19 a été détecté et dont l'état, en raison de l'hospitalisation, nécessite des soins de réhabilitation temporaires (notamment après un long séjour dans un service de soins intensifs) qui ne peuvent être dispensés à domicile faute de l'équipement nécessaire ou en raison du caractère inadapté du domicile, il convient d'assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne des paramètres pour détecter toute aggravation éventuelle de son état, permettra de lui administrer les soins que son processus de rétablissement requiert.

§ 2. L'admission dans une structure de soins intermédiaire est seulement possible si l'équipement, le matériel et le personnel nécessaires sont disponibles.

Art. 34. L'intervention pour les médecins visée à l'article 35 dépend des tâches et des conditions suivantes:

1° l'intervention couvre la surveillance médicale et les soins médicaux par un groupe de médecins désignés en concertation avec le cercle de médecins généralistes du lieu du centre ;

2° pour le suivi des patients, la coordination des soins et l'administration de soins médicaux, en fonction de la charge de soins des patients dans le centre, la présence physique est organisée par un médecin pendant un maximum de 8 heures par jour pour un groupe de 30 patients ;

3° par tranche supplémentaire de 15 patients, un maximum de 4 heures supplémentaires de présence physique d'un médecin par jour peut être ajouté ;

4° entre les médecins désignés, des accords sont conclus pour la disponibilité en soirée et la nuit (17 h – 8 h le lendemain) d'un médecin ;

5° le médecin rattaché au centre est responsable de la prescription des soins pendant la durée du séjour du patient dans la structure de soins intermédiaire ;

6° le médecin rattaché au centre décide si le patient doit à nouveau être hospitalisé ;

7° le médecin rattaché au centre décide de la sortie du patient, en concertation avec le patient/le médecin généraliste/d'autres structures. Par ailleurs, le médecin tient également compte des critères de sortie établis par Sciensano dans le cadre de la crise du COVID-19 ;

8° lorsque le patient sort de la structure, le médecin rattaché au centre envoie une lettre de sortie au médecin généraliste du patient.

Art. 35. Pour les tâches visées à l'article 34, les interventions suivantes sont octroyées :

1° pour les heures auxquelles un médecin peut être contacté entre 17 heures le soir et 8 heures le lendemain matin, l'intervention s'élève à 6,51 euros par heure (honoraire de disponibilité). Pour chacune de ces périodes, au maximum un médecin peut percevoir cet honoraire. Ces heures ne sont pas enregistrées dans Medega. Cette intervention couvre également le temps consacré aux consultations téléphoniques.

Cette intervention est payée par l'INAMI à la structure de soins intermédiaire sur la base d'une liste des heures de disponibilité par médecin ;

2° pour la présence physique dans la structure de soins intermédiaire le jour et/ou pour la présence physique après appel entre 17 heures du soir et 8 heures le lendemain matin, l'intervention s'élève à 80,34 euros par heure.

Cette intervention couvre toutes les prestations exécutées durant la présence dans la structure de soins intermédiaire.

Cette intervention est payée par l'INAMI à la structure de soins intermédiaire sur la base d'une liste des heures prestées par médecin dans le centre.

3° pendant le séjour du patient dans la structure de soins intermédiaire, les honoraires visés au Chapitre 2 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ne peuvent pas être portés en compte.

4° Op de tegemoetkoming bedoeld in 1°, 2° en 3° is geen remgeld verschuldigd voor de patiënt en kunnen hem evenmin supplementen worden aangerekend.

Art. 36. De tegemoetkoming voor verpleegkundigen en zorgkundigen zoals bedoeld in artikel 37 is afhankelijk van de volgende opdrachten en voorwaarden:

1° opvolging van de parameters zoals bedoeld in artikel 33, 24 uur op 24 uur en 7 dagen op 7;

2° het verlenen van de zorg aan patiënten, 24 uur op 24 uur en 7 dagen op 7;

3° het team van verpleegkundigen en zorgkundigen wordt samengesteld op basis van de beschikbaarheid aan die kwalificaties in de regio;

4° het maximum aantal financierbare voltijds equivalenten (VTE) bedraagt 6 per 30 patiënten waaronder 4 VTE verpleegkundigen en 2 VTE zorgkundigen;

5° Per bijkomende schijf van 15 patiënten kunnen maximum 3 VTE, waaronder 2 verpleegkundigen en 1 zorgkundige worden toegevoegd aan de equipe;

6° binnen dit team wordt een verantwoordelijke aangeduid.

Art. 37. Voor de opdrachten zoals voorzien in artikel 36 gelden de volgende tegemoetkomingen:

1°. De tegemoetkoming per werkelijk gepresteerde uur van een verpleegkundige bedraagt 47,25 euro;

2° De tegemoetkoming per werkelijk gepresteerd uur van een zorgkundige bedraagt 34,96 euro;

3° Deze tegemoetkoming wordt door het Riziv betaald aan het schakelzorgcentrum op basis van een lijst van het aantal werkelijk gepresteerde uren in het centrum, met een maximum van 228 uren per week (6 x 38 uur) per 30 patiënten. Voor elke schijf van 15 bijkomende patiënten kunnen daaraan maximum 114 uur worden toegevoegd;

4° Tijdens het verblijf van de patiënt in het schakelzorgcentrum kunnen de verstrekkingen die zijn bedoeld in artikel 8 van het koninklijk besluit van 14 september 1984 niet worden aangerekend;

5° Op de tegemoetkomingen bedoeld in 1° en 2° is geen remgeld verschuldigd voor de patiënt en kunnen hem evenmin supplementen worden aangerekend.

Art. 38. Wat de andere zorg betreft voor de patiënten die vallen onder de toepassing van dit hoofdstuk gelden de volgende voorwaarden:

1° Wat de geneesmiddelen betreft: deze worden tijdens het verblijf van de patiënt in het centrum elektronisch voorgeschreven door de arts verbonden aan het centrum. Voor de aflevering en tarifiering gelden de reguliere regels die van toepassing zijn voor de aflevering aan een ambulante patiënt door ofwel de ziekenhuisapotheek ofwel door de openbare officina.

2° Wat de verzorging verleend door een kinesitherapeut in een schakelzorgcentrum betreft: deze wordt vergoed op basis van maximum 1 individuele kinesitherapiezitting per rechthebbende en per dag. Deze wordt aangerekend aan de verzekeringsinstelling van de patiënt via de pseudocode 518055, waarbij er een persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende is met een globale gemiddelde duur van 30 minuten. Het honorarium voor die verstrekking bedraagt 22,26 euro. Er is geen persoonlijk aandeel, noch supplement verschuldigd voor de rechthebbenden voor deze verstrekking. Voor de kinesitherapeutische zorg verleend tijdens het verblijf van de rechthebbende in het schakelzorgcentrum mogen geen verstrekkingen uit artikel 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 worden aangerekend.

3° In afwijking van artikel 35, 3° kan, wat de verstrekkingen op vlak van geestelijke gezondheidszorg betreft, de patiënt een beroep doen op alle mogelijke bestaande structuren, inclusief op de uitzonderlijke nomenclatuur in kader van COVID-19 voor psychiaters en de eerstelijnspsychologen binnen de overeenkomst met het Verzekeringscomité van het Riziv voor de eerstelijnspsychologische zorg.

4° Alle andere geneeskundige zorg kan vergoed worden binnen de voorwaarden die zijn bepaald in of in uitvoering van de wet, tenzij wat de verstrekkingen betreft zoals bedoeld in de artikels 34 en 36.

Art. 39. De tegemoetkomingen zoals bedoeld in artikel 35 en 37 zijn niet verschuldigd indien het gaat om artsen, verpleegkundigen en/of zorgkundigen die als vrijwilliger zijn tewerkgesteld of die dienstvrijstelling genieten bij een administratie of een verzekeringsinstelling.

4° en ce qui concerne les interventions visées aux 1°, 2° et 3°, aucun ticket modérateur n'est dû dans le chef du patient et des suppléments ne peuvent pas non plus être portés en compte.

Art. 36. L'intervention pour les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants visée à l'article 37 dépend des tâches et des conditions suivantes:

1° suivi des paramètres visés à l'article 33, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;

2° la dispensation de soins aux patients, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;

3° l'équipe des praticiens de l'art infirmier et des aides-soignants est constituée sur base de la disponibilité de ces qualifications dans la région;

4° le nombre maximum d'équivalents temps plein (ETP) finançables est de 6 pour 30 patients, dont 4 ETP praticiens de l'art infirmier et 2 ETP aides-soignants;

5° par tranche supplémentaire de 15 patients un maximum de 3 ETP, dont 2 praticiens de l'art infirmier et 1 aide-soignant peut être ajouté à l'équipe;

6° un responsable est désigné au sein de cette équipe.

Art. 37. Pour les tâches visées à l'article 36, les interventions suivantes sont octroyées:

1° l'intervention pour chaque heure effectivement prestée par un praticien de l'art infirmier s'élève à 47,25 euros;

2° l'intervention pour chaque heure effectivement prestée par un aide-soignant s'élève à 34,96 euros;

3° Cette intervention est payée par l'INAMI à la structure de soins intermédiaire sur la base d'une liste contenant le nombre d'heures effectivement prestées dans le centre, avec un maximum de 228 heures par semaine (6 x 38 heures) pour 30 patients. Pour chaque tranche supplémentaire de 15 patients, un maximum de 114 heures peut être ajouté;

4° pendant le séjour du patient dans la structure de soins intermédiaire, les prestations visées à l'article 8 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 ne peuvent pas être portées en compte;

5° en ce qui concerne les interventions visées aux 1° et 2°, aucun ticket modérateur n'est dû dans le chef du patient et des suppléments ne peuvent pas non plus être portés en compte.

Art. 38. En ce qui concerne les autres soins dispensés aux patients visés dans le cadre du présent chapitre, les conditions suivantes doivent être respectées:

1° en ce qui concerne les médicaments: ceux-ci sont, pendant le séjour du patient dans le centre, prescrits par voie électronique par le médecin rattaché au centre. Pour la délivrance et la tarification, les règles habituelles en vigueur pour la délivrance à un patient ambulateur, soit par la pharmacie hospitalière soit par l'officine publique sont d'application.

2° pour les soins dispensés par un kinésithérapeute dans une structure de soins intermédiaire: ils sont remboursés sur la base de maximum une séance individuelle de kinésithérapie par jour et par bénéficiaire. Celle-ci est portée en compte à l'organisme assureur du patient via le pseudocode 518055 qui comporte un rapport personnel du kinésithérapeute par patient d'une durée globale moyenne de 30 minutes. L'honoraire pour cette prestation est de 22,26 euros. Aucune quote-part personnelle ni supplément n'est dû par le bénéficiaire pour cette prestation. Pour les soins de kinésithérapie effectués pendant le séjour du bénéficiaire dans la structure de soins intermédiaire aucune prestation de l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 ne peut être attestée.

3° par dérogation à l'article 35, 3°, en ce qui concerne les prestations de soins de santé mentale, le patient peut recourir à toutes les structures existantes possibles, en ce compris la nomenclature exceptionnelle dans le cadre du COVID-19 pour les psychiatres et les psychologues de première ligne au sein de la convention avec le Comité de l'assurance de l'INAMI pour les soins de psychologie de première ligne.

4° toutes les autres prestations de santé peuvent être remboursées dans les conditions qui ont été définies dans ou en vertu de la loi, sauf en ce qui concerne les prestations visées aux articles 34 et 36.

Art. 39. Les interventions visées aux articles 35 et 37 ne sont pas dues pour les médecins, les praticiens de l'art infirmier et/ou les aides-soignants qui sont occupés en tant que volontaires ou qui bénéficient d'une dispense de service auprès d'une administration ou d'un organisme assureur.

De tegemoetkomingen zoals bedoeld in artikel 35 en 37 zijn evenmin van toepassing voor de uren dat de artsen, verpleegkundigen en/of zorgkundigen reeds vergoed zijn door een andere tegemoetkoming binnen de verplichte verzekering. Het kan onder meer gaan om personen gefinancierd voor de gepresteerde uren in de schakelzorgcentra door het budget van financiële middelen, door het forfait wijkgezondheidscentrum of door een forfait van een revalidatie-instelling.

Indien de prestaties bedoeld in dit hoofdstuk worden verleend aan een rechthebbende die is ingeschreven in een medisch huis, worden deze prestaties aangerekend aan en ten laste genomen door de verplichte verzekering overeenkomstig artikel 40 of door de verzekeringsinstelling van de rechthebbende overeenkomstig artikel 38, eerste lid, 2°, en worden ze niet overgemaakt aan het medisch huis voor tenlasteneming.

De tegemoetkomingen zoals bedoeld in artikel 35 en 37 zijn evenmin van toepassing als de kost is ten laste genomen door een andere werkgever/instelling/dienst/overheid.

Art. 40. De tegemoetkomingen zoals bedoeld in artikel 35 en 37 kunnen door de verantwoordelijke van het schakelzorgcentrum worden gefactureerd aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv overeenkomstig de facturatie-instructies bepaald door de leidend ambtenaar van die dienst.

De betaling wordt gedaan op het rekeningnummer dat door het schakelzorgcentrum aan het Riziv wordt meegedeeld.

Art. 41. Het schakelzorgcentrum registreert gegevens in een centrale database die wordt georganiseerd bij de FOD Volksgezondheid. Het gaat onder meer over de identificatie van de patiënten, de doorverwijzende instelling, de opnamedatum en de ontslagdatum en de bestemming na ontslag uit het centrum.

De persoonsgegevens uit die database en de opnamedatum en de ontslagdatum worden wekelijks via het Riziv meegedeeld aan het Nationaal Intermutualistisch College dat zorgt voor de mededeling aan elke betrokken verzekeringsinstelling.

Art. 42. De gezondheidszorgbeoefenaars tewerkgesteld in het schakelzorgcentrum vallen onder de verantwoordelijkheid van het schakelzorgcentrum. Het schakelzorgcentrum vergewist zich van de status inzake de noodzakelijke verzekeringen inzake ondermeer beroepsaansprakelijkheid en arbeidsongevallenverzekering.

Art. 43. Enkel de schakelzorgcentra waarvan de benaming en adres, de datum van opening/sluiting, de verantwoordelijke en het Riziv-nummer is gepubliceerd op de website van het Riziv, die van deze publicatie zijn ingelicht en die voldoen aan de bepalingen van dit hoofdstuk, komen in aanmerking voor de tegemoetkomingen bedoeld in dit hoofdstuk.

HOOFDSTUK 2. — *Triage- en afnamecentra*

Art. 44. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder 'triage- en afnamecentrum': het centrum van de eerstelijnszorg, specifiek opgezet door huisartsen, ziekenhuizen en overheden om patiënten die verwezen werden door een arts en die mogelijk besmet zijn met COVID-19 lichamelijk te onderzoeken en stalen af te nemen voor testen met het oog op het opsporen van COVID-19.

Art. 45. § 1. Het Instituut kent een identificatienummer toe aan elk triage- en afnamecentrum dat de volgende gegevens bezorgt via het adres covid19@riziv-inami.fgov.be:

- 1° contactgegevens;
- 2° startdatum van de activiteit;
- 3° één medische verantwoordelijke (naam, e-mail, telefoon);
- 4° één administratieve contactpersoon (naam, e-mail, telefoon);

5° het keuzeformulier, gepubliceerd op de website van het Instituut, waarmee de rekeningnummers worden aangeduid waarop de tegemoetkomingen worden gestort.

Elke wijziging van de doorgegeven gegevens wordt onmiddellijk per mail meegedeeld.

§ 2. De lijst met triage- en afnamecentra wordt gepubliceerd op de website van het Instituut.

§ 3. De datum van sluiting wordt door elk triage- en afnamecentrum onmiddellijk meegedeeld aan het Instituut.

Art. 46. § 1. Elk triage- en afnamecentrum dat voldoet aan de definitie van artikel 44 kan aanspraak maken op de volgende tegemoetkomingen:

Les interventions visées aux articles 35 et 37 ne sont pas davantage dues pour les heures pour lesquelles les médecins, les praticiens de l'art infirmier et/ou les aides-soignants sont déjà rémunérés au moyen d'une autre intervention de l'assurance soins de santé obligatoire. Il peut entre autres s'agir de personnel financé pour les heures prestées dans les structures de soins intermédiaires par le budget des moyens financiers, par le forfait des maisons médicales ou par un forfait d'un établissement de rééducation fonctionnelle.

Si les prestations visées dans le présent chapitre sont fournies à un bénéficiaire qui est inscrit dans une maison médicale, les prestations sont portées en compte à et prises en charge par l'assurance obligatoire conformément à l'article 40 ou par l'organisme assureur du bénéficiaire conformément à l'article 38, alinéa 1^{er}, 2°, et ne sont pas transférées à la maison médicale pour prise en charge.

Les interventions visées aux articles 35 et 37 ne sont pas non plus dues lorsque les coûts sont pris en charge par un autre employeur/établissement/service/pouvoir public.

Art. 40. Les interventions visées aux articles 35 et 37 peuvent être facturées par le responsable de la structure de soins intermédiaire au Service des soins de santé de l'INAMI conformément aux instructions de facturation définies par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

Le paiement est fait sur le numéro de compte qui est communiqué par la structure de soins intermédiaire à l'INAMI.

Art. 41. La structure de soins intermédiaire enregistre les données dans une base de données centrale organisée par le SPF Santé publique. Il s'agit notamment de l'identification du patient, de l'établissement qui a renvoyé le patient, des dates d'admission et de sortie ainsi que de la destination après la sortie de la structure de soins intermédiaire.

Les données à caractère personnel de cette base de données et la date de sortie seront communiquées chaque semaine via l'INAMI au Collège Intermutualiste national qui en assurera la communication à chaque organisme assureur concerné.

Art. 42. Les professionnels de soins employés dans la structure de soins intermédiaire sont sous la responsabilité de la structure de soins intermédiaire. La structure de soins intermédiaire s'assure du statut des assurances nécessaires concernant, entre autres, la responsabilité professionnelle et l'assurance des accidents du travail.

Art. 43. Seules les structures de soins intermédiaires dont le nom et l'adresse, les dates d'ouverture et de fermeture, le responsable et le numéro INAMI sont publiés sur le site web de l'INAMI, qui ont été informées de la présente publication et qui satisfont aux dispositions du présent chapitre entrent en ligne de compte pour les interventions visées dans le présent chapitre.

CHAPITRE 2. — *Centres de triage et de prélèvement*

Art. 44. Pour l'application du présent arrêté l'on entend par 'centre de triage et de prélèvement': le centre de première ligne, créé par des médecins généralistes, des hôpitaux et des pouvoirs publics, spécifiquement pour examiner physiquement les patients susceptibles d'être infectés par le COVID-19, lorsqu'ils y sont envoyés par un médecin et prélever des échantillons de test en vue de la détection du COVID-19.

Art. 45. § 1^{er}. L'Institut attribue un numéro d'identification à chaque centre de triage et de prélèvement qui communique les données suivantes via l'adresse covid19@riziv-inami.fgov.be :

- 1° données de contact ;
- 2° date de début des activités ;
- 3° un responsable médical (nom, adresse de courriel, n° de téléphone) ;
- 4° une personne de contact administrative (nom, adresse e-mail, n° de téléphone) ;

5° le formulaire, publié sur le site web de l'Institut, relatif au choix des numéros de compte sur lesquels les interventions sont versées.

Chaque modification aux données transmises est communiquée immédiatement par email.

§ 2. La liste des centres de triage et de prélèvement est publiée sur le site web de l'Institut.

§ 3. La date de fermeture est immédiatement communiquée à l'Institut par chaque centre de triage et de prélèvement.

Art. 46. § 1^{er}. Chaque centre de triage et de prélèvement qui répond à la définition de l'article 44, a droit aux interventions suivantes :

1° een eenmalige forfaitaire tegemoetkoming voor de opstart van het triage- en afnamecentrum;

2° een tegemoetkoming per lichamelijk onderzoek van de patiënt die zich aanbiedt in het centrum;

3° een forfaitaire tegemoetkoming voor de coördinatie van de werkzaamheden in het triage- en afnamecentrum door een arts, in functie van het aantal gepresteerde uren per dag;

4° een forfaitaire tegemoetkoming voor de verpleegkundige ondersteuning in het triage- en afnamecentrum, in functie van het aantal gepresteerde uren per dag;

5° een forfaitaire tegemoetkoming voor de administratieve ondersteuning in het triage- en afnamecentrum, in functie van het aantal gepresteerde uren per dag.

§ 2. De tegemoetkomingen bedoeld in paragraaf 1, 2°, 3°, 4° en 5° zijn ten vroegste verschuldigd vanaf 23 maart 2020 of vanaf de startdatum van het triage- en afnamecentrum, als die later valt.

Art. 47. § 1. De tegemoetkoming bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, dekt de activiteit van de artsen die aan de opstart van het triage- en afnamecentrum hebben meegewerkt in de periode voorafgaand aan de opening en bedraagt maximaal 7.230,60 euro.

De Koning bepaalt de modaliteiten om het bedrag per centrum te berekenen en houdt daarbij rekening met het aantal inwoners en het aantal deelnemende huisartsen in de regio die door het triage- en afnamecentrum wordt gedekt.

§ 2. Het bedrag bedoeld in § 1 wordt uitgekeerd door het Instituut op het opgegeven rekeningnummer van het triage- en afnamecentrum door middel van het formulier bedoeld in artikel 45, § 1, 6°.

Art. 48. § 1. De tegemoetkoming bedoeld in artikel 46, § 1, 2°, dekt de volgende verstrekkingen:

101850 Onderzoek van de patiënt in een triage- en afnamecentrum met het oog op triage COVID-19,

101813 Onderzoek van de patiënt in een triage- en afnamecentrum met het oog op triage COVID-19 tijdens weekends en feestdagen.

§ 2. De verstrekkingen bedoeld in § 1 worden aangeduid met een rangnummer vóór de omschrijving van de verstrekking.

Het honorarium voor de verstrekking 101850 bedraagt 26,78 euro.

Het honorarium voor de verstrekking 101813 bedraagt 39,98 euro.

§ 3. Er is geen persoonlijk aandeel voor de patiënt voor de verstrekkingen 101850 en 101813.

Er mogen geen ereloonsupplementen worden aangerekend.

Art. 49. § 1. De verstrekkingen 101850 en 101813 bedoeld in artikel 48 kunnen aangerekend worden door elke arts die werkzaam is in een triage- en afnamecentrum via de verzamelstaat, bedoeld in artikel 50.

Andere facturatiemogelijkheden worden niet aanvaard.

§ 2. De verstrekkingen 101850 en 101813 bedoeld in artikel 48, uitgevoerd in een triage- en afnamecentrum voor patiënten die ingeschreven zijn in een medisch huis, worden aangerekend aan de verzekeringsinstelling van elke patiënt volgens de procedure bedoeld in artikel 50 en worden niet ten laste genomen door het medisch huis van deze patiënten.

§ 3. De verstrekkingen 101850 en 101813 bedoeld in artikel 48 mogen niet samengevoegd worden met het honorarium voor een raadpleging, een bezoek of een advies bedoeld in artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 4. De verstrekkingen 101850 en 101813 bedoeld in artikel 48 kunnen slechts eenmaal worden aangerekend per patiënt per dag.

Art. 50. § 1. Het triage- en afnamecentrum maakt wekelijks een verzamelstaat op met de verleende verstrekkingen bedoeld in artikel 48 van maandag tot en met zondag.

Het model van verzamelstaat wordt uitgewerkt door het Instituut en gepubliceerd op zijn website.

§ 2. De verzamelstaten bevatten de volgende gegevens:

1° identificatienummer van het triage- en afnamecentrum;

2° de datum van elk onderzoek;

3° de identificatie van elke arts (Naam, voornaam, RIZIV-nummer);

1° une intervention forfaitaire unique pour la mise en place du centre de triage et de prélèvement ;

2° une intervention par examen physique du patient qui se présente au centre ;

3° une intervention forfaitaire pour la coordination des activités du centre de triage et de prélèvement par un médecin, en fonction du nombre d'heures travaillées par jour ;

4° une intervention forfaitaire pour le support infirmier dans le centre de triage et de prélèvement, en fonction du nombre d'heures travaillées par jour ;

5° une intervention forfaitaire pour le support administratif dans le centre de triage et de prélèvement, en fonction du nombre d'heures travaillées par jour.

§ 2. Les interventions visées aux paragraphes 1, 2°, 3°, 4° et 5° sont dues au plus tôt à partir du 23 mars 2020, ou à partir de la date de début des activités du centre de triage et de prélèvement si cette date est postérieure au 23 mars 2020.

Art. 47. § 1^{er}. L'intervention visée à l'article 46, § 1^{er}, 1°, rétribue l'activité des médecins qui ont participé à la mise en place du centre de triage et de prélèvement au cours de la période précédant l'ouverture et s'élève à un montant maximal de 7.230,60 euros.

Le Roi détermine les modalités de calcul du montant par centre, en tenant compte du nombre d'habitants dans la région couverte par le centre de triage et de prélèvement et du nombre de médecins généralistes participants.

§ 2. Le montant visé au § 1^{er} est versé par l'Institut sur le numéro de compte communiqué par le centre de triage et de prélèvement via le formulaire visé à l'article 45, § 1^{er}, 6°.

Art. 48. § 1^{er}. L'intervention visée à l'article 46, § 1^{er}, 2°, rétribue les prestations suivantes :

101850 Consultation du patient dans un centre de triage et de prélèvement en vue du triage COVID-19,

101813 Consultation du patient dans un centre de triage et de prélèvement en vue du triage COVID-19 durant les week-ends et les jours fériés.

§ 2. Les prestations visées au § 1^{er} sont désignées par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation.

L'honoraire pour la prestation 101850 s'élève à 26,78 euros.

L'honoraire pour la prestation 101813 s'élève à 39,98 euros.

§ 3. Les patients ne doivent pas payer de quote-part personnelle pour les prestations 101850 et 101813.

Aucun supplément d'honoraires ne peut être facturé.

Art. 49. § 1^{er}. Les prestations 101850 et 101813 visées à l'article 48 peuvent être portées en compte par tout médecin qui travaille dans un centre de triage et de prélèvement via le récapitulatif visé à l'article 50.

Les autres moyens de facturation ne sont pas acceptés.

§ 2. Les prestations 101850 et 101813 visées à l'article 48 effectuées dans les centres de triage et de prélèvement pour des patients inscrits dans une maison médicale, peuvent être portées en compte à l'organisme assureur de chaque patient selon la procédure visée à l'article 50 et ne sont pas prises en charge par la maison médicale de ces patients.

§ 3. Les prestations 101850 et 101813 visées à l'article 48 ne peuvent pas être cumulées avec les honoraires pour consultation, visite ou avis visés à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§ 4. Les prestations 101850 et 101813 visées à l'article 48 ne peuvent être portées en compte qu'une fois par patient et par jour.

Art. 50. § 1^{er}. Le centre de triage et de prélèvement établit un état récapitulatif par semaine avec les prestations visées à l'article 48 dispensées du lundi jusqu'au dimanche inclus.

Le modèle d'état récapitulatif est élaboré par l'Institut et publié sur son site internet.

§ 2. Les états récapitulatifs contiennent les éléments suivants:

1° le numéro d'identification du centre de triage et de prélèvement ;

2° la date de chaque examen ;

3° l'identification de chaque médecin (nom, prénom, numéro INAMI) ;

4° de identificatie van elke patiënt (INSZ-nummer of bij gebrek daaraan de naam, voornaam en de geboortedatum).

De verzamelstaten worden ingevuld door de medische verantwoordelijke of de administratieve contactpersoon van het triage- en afnamecentrum en door één van hen in elektronisch formaat (Excel, CSV of Acces) overgemaakt op het adres covid19@riziv-inami.fgov.be.

§ 3. Het Instituut bundelt de verzamelstaten en bezorgt ze via een beveiligde elektronische toepassing aan het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) dat ze verder verdeelt over de verschillende verzekeringsinstellingen in functie van het lidmaatschap van de patiënt.

De verzekeringsinstellingen betalen de artsen op het reeds gekende rekeningnummer of op het rekeningnummer dat het triage- en afnamecentrum heeft meegedeeld via het keuzeformulier vermeld in artikel 45, § 1, 6°.

Art. 51. § 1. De tegemoetkoming bedoeld in artikel 46, § 1, 3°, dekt de coördinatie door de medische coördinator, tijdens de uren dat het triage- en afnamecentrum geopend is.

Ze bedraagt 80,34 euro per uur met een maximum van 12 uur per dag, ongeacht het aantal coördinatoren. Tijdens de uren waarin de arts coördinator is mag hij geen lichamelijk onderzoeken aanrekenen.

§ 2. De tegemoetkoming bedoeld in artikel 46, § 1, 4°, dekt de verpleegkundige ondersteuning in het triage- en afnamecentrum, tijdens de uren dat het centrum geopend is.

Ze bedraagt 47,25 euro per uur met een maximum van 12 uur per dag, ongeacht het aantal verpleegkundigen.

§ 3. De tegemoetkoming bedoeld in artikel 46, § 1, 5°, dekt de administratieve ondersteuning in het triage- en afnamecentrum, tijdens de uren dat het centrum geopend is.

Ze bedraagt 34,96 euro per uur met een maximum van 12 uur per dag, ongeacht het aantal administratieve assistenten.

§ 4. Het triage- en afnamecentrum kan enkel aanspraak maken op de tegemoetkomingen bedoeld in §§ 2 en 3 voor zover de kost van de gepresteerde uren nog niet gedekt is door een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 5. De Koning kan een financiële tussenkomst voorzien voor de door Hem te bepalen handelingen die worden gesteld in een triage- en afnamecentrum en de nadere regels voor die financiële tussenkomst bepalen. De Koning bepaalt in dat geval ook de nadere regels volgens dewelke die financiële tussenkomst kan worden gecumuleerd met andere tegemoetkomingen van de verplichte verzekering en in het bijzonder de tegemoetkomingen in het kader van dit hoofdstuk.

Art. 52. § 1. Het triage- en afnamecentrum maakt wekelijks een verzamelstaat op met de activiteiten van maandag tot en met zondag, bedoeld in artikel 51.

Het model van verzamelstaat wordt uitgewerkt door het Instituut en gepubliceerd op zijn website.

§ 2. De verzamelstaten bevatten de volgende gegevens:

1° identificatienummer van het triage- en afnamecentrum;

2° de datum;

3° de identificatie van de coördinerend arts (naam, voornaam en RIZIV-nummer);

4° het aantal uur coördinatie, verpleegkundige en administratieve ondersteuning.

De verzamelstaten worden ingevuld door de medische verantwoordelijke of de administratieve contactpersoon van het triage- en afnamecentrum en door één van hen in elektronisch formaat (Excel, CSV of Acces) overgemaakt op het adres covid19@riziv-inami.fgov.be.

§ 3. Het Instituut betaalt de tegemoetkoming op het rekeningnummer dat het triage- en afnamecentrum heeft opgegeven via het keuzeformulier vermeld in artikel 45, § 1, 6°.

4° l'identification de chaque patient (numéro NISS ou, à défaut, nom, prénom et date de naissance).

Les états récapitulatifs sont remplis par le responsable médical ou le contact administratif du centre de triage et de prélèvement et transmis par l'un d'entre eux sous format électronique (Excel, CSV ou Access) à l'adresse covid19@riziv-inami.fgov.be.

§ 3. L'Institut rassemble les états récapitulatifs et les transmet via une application informatique sécurisée au Collège intermutualiste national (CIN) qui ensuite les transmet aux organismes assureurs en fonction de l'affiliation des membres.

Les organismes assureurs paient les médecins sur le numéro de compte déjà connu ou sur le numéro de compte communiqué par le centre de triage et de prélèvement via le formulaire visée à l'article 45, § 1^{er}, 6°.

Art. 51. § 1^{er}. L'intervention visée à l'article 46, § 1^{er}, 3°, rétribue la coordination par le coordinateur médical pendant les heures d'ouverture du centre de triage et de prélèvement.

Elle s'élève à 80,34 euros par heure avec un maximum de 12 heures par jour, quel que soit le nombre de coordinateurs. Les heures pendant lesquelles le médecin est coordinateur il ne peut pas facturer des examens physiques.

§ 2. L'intervention visée à l'article 46, § 1^{er}, 4°, rétribue le support infirmier dans le centre de triage et de prélèvement, pendant les heures d'ouverture du centre.

Elle s'élève à 47,25 euros par heure avec un maximum de 12 heures par jour, quel que soit le nombre d'infirmiers.

§ 3. L'intervention visée à l'article 46, § 1^{er}, 5°, rétribue le support administratif dans le centre de triage et de prélèvement, pendant les heures d'ouverture du centre.

Elle s'élève à 34,96 euros par heure avec un maximum de 12 heures par jour, quel que soit le nombre d'assistants administratifs.

§ 4. Le centre de triage et de prélèvement n'a droit aux interventions visées aux §§ 2 et 3 que pour autant que le coût des heures prestées n'est pas encore couvert par une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé

§ 5. Le Roi peut prévoir une intervention financière pour les actes déterminés par lui qui sont posés dans un centre de triage et de prélèvement et les modalités de cette intervention financière. Dans ce cas, le Roi fixe aussi les modalités selon lesquelles l'intervention financière peut être cumulée avec d'autres interventions de l'assurance obligatoire et notamment les interventions dans le cadre du présent chapitre.

Art. 52. § 1^{er}. Le centre de triage et de prélèvement établit un état récapitulatif par semaine avec les activités du lundi jusqu'au dimanche inclus, visées à l'article 51.

Le modèle d'état récapitulatif est élaboré par l'Institut et publié sur son site internet.

§ 2. Les états récapitulatifs contiennent les éléments suivants:

1° le numéro d'identification du centre de triage et de prélèvement ;

2° la date ;

3° l'identification du médecin coordinateur (nom, prénom et numéro INAMI) ;

4° le nombres d'heures de coordination ou de support des infirmiers et du personnel administratif.

Les états récapitulatifs sont remplis par le responsable médical ou le contact administratif du centre de triage et de prélèvement et transmis par l'un d'entre eux sous format électronique (Excel, CSV ou Access) à l'adresse covid19@riziv-inami.fgov.be.

§ 3. L'Institut paye l'intervention sur le numéro de compte communiqué par le centre de triage et de prélèvement via le formulaire visée à l'article 45, § 1^{er}, 6°.

HOOFDSTUK 3. — *Weekwacht*

Art. 53. De huisartsenwachtposten die op basis van artikel 22, 6°, van de wet gefinancierd worden voor het verzekeren van de medische permanentie tijdens de weekends kunnen voor een periode van drie maanden hun werking uitbreiden tot de avonden en de nachten van de week, voor het tijdvak dat telkens aanvat om 18 uur en eindigt om 8 uur de dag nadien.

Art. 54. De huisartsenwachtpost die wenst toepassing te maken van artikel 53 dient daartoe een aanvraag in bij de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv, met de volgende minimale gegevens :

- De startdatum van de weekwacht;
- Het onderling akkoord tussen de wachtpost en de huisartsenkring of huisartsenkringen om de weekwacht te organiseren in de wachtpost;
- De openingsuren;
- De wachtorganisatie : aantal zittende en rijdende wachters;
- Het aantal uren per week waarop onthaalpersoneel aanwezig is;
- Aantal uren per week waarover een externe vervoersfirma wordt ingeschakeld;
- Het aantal uren per week aan bijkomende administratie en coördinatie;
- Het engagement om de weekwacht-activiteit nauwkeurig te registreren, zowel wat betreft de bezoeken als de consultaties, bij voorkeur gesplitst in twee tijdvakken: van 18 tot 23 uur en 23 tot 8 uur;
- Het engagement om mee te werken aan een gecoördineerde evaluatie van de werking en het gebruik van financiële middelen.

Art. 55. § 1. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv controleert of de aanvraag bedoeld in artikel 54 alle minimale gegevens bevat.

§ 2. Indien voldaan is aan de voorwaarden bedoeld in artikel 54 betaalt het Riziv een bedrag van 50.000 euro voor de werking van de wachtpost tijdens de periodes bedoeld in artikel 53 voor een duur van drie maanden, te rekenen vanaf de startdatum van de weekwacht, op het bankrekeningnummer dat gebruikt wordt voor de financiering van de medische permanentie tijdens de weekends.

§ 3. Het bedrag van 50.000 euro dekt de totaliteit van de functioneringskosten van de wachtposten tijdens de week, in het bijzonder de infrastructuurkosten, de personeelskosten in de ruime betekenis, de beheerskosten en alle ICT- en communicatiekosten.

Het bedrag van 50.000 euro dekt niet de raadplegingen en de bezoeken van de artsen in het kader van de werking van de huisartsenwachtposten tijdens de week.

§ 4. Volgens de modaliteiten bepaald door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv maakt de huisartsenwachtpost in de loop van de eerste maand na het verloop van de periode van drie maanden een gedetailleerd financieel verslag over. Alleen de uitgaven die specifiek gestaafd zijn door bewijsstukken komen in aanmerking voor terugbetaling binnen het bedrag van 50.000 euro. Binnen de maand nadat de Dienst voor geneeskundige verzorging het totaalbedrag van de aanvaarde werkingskosten heeft vastgesteld, betaalt de huisartsenwachtpost het saldo terug aan het Riziv.

Art. 56. De Dienst voor geneeskundige verzorging maakt een geïntegreerd verslag op van de toepassing van de artikelen 53 tot en met 55 en legt het verslag voor aan de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen, de Commissie voor begrotingscontrole en het Verzekeringscomité.

TITEL 5. — *VERPLEEGKUNDIGEN*HOOFDSTUK 1. — *Opvolging en toezicht bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek*

Art. 57. § 1. De specifieke verpleegkundige verstrekkingen met betrekking tot de opvolging en het toezicht bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek zijn de volgende:

419333 Opvolging en toezicht thuis bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek, gediagnosticeerd door een arts (W 2,946);

419355 Opvolging en toezicht in het weekeind of op een feestdag thuis bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek, gediagnosticeerd door een arts (W 4,504);

CHAPITRE 3. — *Garde de semaine*

Art. 53. Les postes de garde de médecine générale financés sur base de l'article 22, 6°, de la loi en vue d'assurer la permanence médicale pendant le week-end peuvent étendre leur activité pour une période de trois mois aux soirées et aux nuits de la semaine, pour la période commençant à 18 heures et se terminant à 8 heures le lendemain.

Art. 54. Le poste de garde de médecine générale qui souhaite appliquer l'article 53 doit introduire une demande à cette fin au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI, avec les données minimales suivantes :

- la date de début de la garde de semaine ;
- l'accord mutuel entre le poste de garde et le(s) cercle(s) de médecins généralistes pour organiser la garde de semaine au sein du poste de garde ;
- les heures d'ouverture ;
- l'organisation de la garde : nombre de médecins de garde au poste de garde et nombre de médecins de garde pour la garde roulant ;
- le nombre d'heures par semaine pendant lesquelles le personnel d'accueil est présent ;
- le nombre d'heures par semaine pendant lesquelles il est fait appel à une société de transport externe ;
- le nombre d'heures par semaine consacrées à l'administration et à la coordination supplémentaires ;
- l'engagement visant à enregistrer avec précision l'activité de garde de semaine, tant en termes de visites que de consultations, de préférence divisée en deux périodes : de 18h à 23h et de 23h à 8h ;
- l'engagement visant à collaborer à une évaluation coordonnée du fonctionnement et de l'utilisation des moyens financiers.

Art. 55. § 1 Le Service des soins de santé de l'INAMI vérifie si la demande visée à l'article 54 contient toutes les données minimales.

§ 2. Si les conditions visées à l'article 54 sont remplies, l'INAMI verse un montant de 50 000 euros pour le fonctionnement du poste de garde pendant les périodes visées à l'article 53 pour une durée de trois mois, à compter de la date de début de la garde de semaine, au numéro de compte bancaire utilisé pour le financement de la permanence médicale pendant les week-ends.

§ 3. Le montant de 50 000 euros couvre tous les frais de fonctionnement des postes de garde pendant la semaine, en particulier les frais d'infrastructure, les frais de personnel au sens large, les frais de gestion et tous les frais liés aux ICT et à la communication.

La somme de 50 000 euros ne couvre pas les consultations et visites de médecins dans le cadre de fonctionnement des postes de garde de médecine générale pendant la semaine.

§ 4. Selon les modalités fixées par le Service des soins de santé de l'INAMI, le poste de garde de médecine générale transmet un rapport financier détaillé au cours du premier mois suivant l'expiration de la période de trois mois. Seules les dépenses spécifiquement étayées par des pièces justificatives sont éligibles au remboursement dans la limite de 50 000 euros. Dans le mois qui suit la détermination par le Service des soins de santé du montant total des frais de fonctionnement acceptés, le poste de garde remboursera le solde à l'INAMI.

Art. 56. Le Service des soins de santé établit un rapport intégré sur l'application des articles 53 à 55 et le soumet à la Commission nationale médico-mutualiste, à la Commission de contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance.

TITRE 5. — *PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER*CHAPITRE 1^{er}. — *Du suivi et de la surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19*

Art. 57. § 1^{er}. Les prestations de soins infirmiers spécifiques relatives au suivi et à la surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19 correspondent aux prestations suivantes :

419333 Suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile (W 2,946) ;

419355 Suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile le week-end ou un jour férié (W 4,504) ;

419370 Opvolging en toezicht in een hersteloorde bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek, gediagnosticeerd door een arts (W 2,946);

419392 Opvolging en toezicht in een gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden bij patiënten met een COVID-19 gerelateerde problematiek, gediagnosticeerd door een arts (W 2,946).

Het honorarium dekt de verpleegkundige verstrekking en het (in het bijzonder beschermings)materiaal dat vereist is om deze verzorging op een medisch verantwoorde wijze uit te oefenen.

§ 2. Onder opvolging en toezicht wordt verstaan :

1° Gerichte observatie van parameters (temperatuur, spierpijn, respiratoir, RR, ...);

2° Begeleiden van de patiënt bij preventieve maatregelen: gebruik van beschermingsmaterialen, quarantainemaatregelen, ...;

3° Begeleiding bij zuurstoftoediening (in voorkomend geval).

Art. 58. § 1. De patiënt bedoeld in artikel 57, § 1 betreft :

1° een patiënt die (vermoedelijk) besmet is of besmet is geweest met het COVID-19-virus en op één van bovenvermelde plaatsen ziek wordt;

2° een patiënt die (vermoedelijk) besmet is of besmet is geweest met het COVID-19-virus en die naar één van bovenvermelde plaatsen wordt teruggestuurd vanuit een triage- en afnamecentrum of schakelzorgcentrum;

3° een patiënt die (vermoedelijk) besmet is of besmet is geweest met het COVID-19-virus en na ontslag uit het ziekenhuis naar één van bovenvermelde plaatsen terugkeert;

4° een patiënt bij wie het gebruikelijk zorgnetwerk is weggefallen door de COVID19-maatregelen en waarbij de verpleegkundige wordt gevraagd regelmatig belangrijke parameters te controleren en toezicht te houden op de algemene gezondheidstoestand.

§ 2. Onder thuis wordt verstaan de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende overeenkomstig artikel 8, § 1, 1° van de nomenclatuur.

Onder thuis weekende of feestdag wordt verstaan de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekende of op een feestdag overeenkomstig artikel 8, § 1, 2° van de nomenclatuur.

Onder hersteloorde wordt verstaan een hersteloorde overeenkomstig artikel 8, § 1, 3° van de nomenclatuur.

Onder gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden wordt verstaan een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden overeenkomstig artikel 8, § 1, 3°bis van de nomenclatuur.

Art. 59. § 1. De toepassingsregels betreffende de verstrekkingen bedoeld in artikel 57, § 1, zijn de volgende:

1° moeten voorgeschreven zijn door een arts : in dringende gevallen kan dit een mondeling geformuleerd medisch voorschrift zijn mits schriftelijke bevestiging van de arts binnen de 6 maanden na de start van de verzorging;

2° mogen slechts eenmaal per verzorgingsdag geattesteerd worden en omvatten minstens één bezoek aan de patiënt tijdens die dag. Hierbij mag eenmaal per dag een basisverstrekking aangerekend worden;

3° mogen op dezelfde dag niet gecumuleerd worden met een zorgforfait A, B, C, PA, PB, PC of PP, noch met andere technische verpleegkundige verstrekkingen. Ze mogen wel gecumuleerd worden met specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen;

4° mogen op dezelfde dag niet worden gecumuleerd met verpleegkundige verstrekkingen die worden verleend in het kader van een schakelzorgcentrum;

5° mogen gecumuleerd worden met de pseudocode 418913 voor verstrekkingen die worden verricht bij de rechthebbende thuis of in zijn verblijfplaats in welbepaalde landelijk gelegen gemeenten;

6° vallen onder de bepalingen van art. 8, § 3 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen;

7° worden meegenomen in de berekening van het dagplafond dat is vastgelegd in art. 8, § 4 6° van de bovenvermelde nomenclatuur;

8° mogen slechts worden verleend en aangerekend door een gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde, een vroedvrouw, of een verpleegkundige met brevet.

§ 2. De COVID-19 gerelateerde problematiek dient gedocumenteerd te zijn in het verpleegdossier van de patiënt met onder meer de inhoud van het voorschrift.

419370 Suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, maison de convalescence (W 2,946) ;

419392 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées (W 2,946).

Les honoraires couvrent l'acte infirmier et le matériel (notamment de protection) nécessaire pour effectuer les soins visés à l'alinéa 1^{er} d'une manière médicalement responsable.

§ 2. Par suivi et surveillance, on entend :

1° Observations ciblées de paramètres (température, douleurs musculaires, respiratoires, RR, ...) ;

2° Accompagnement du patient dans les mesures préventives : utilisation de matériel de protection, mesures de quarantaine,... ;

3° Conseils pour l'oxygénothérapie (le cas échéant).

Art. 58. § 1^{er}. Le patient visé à l'article 57, § 1^{er}, est :

1° Un patient qui est (présupposé être) infecté ou a été infecté par le virus COVID-19 et qui tombe malade dans un des lieux mentionnés ci-dessus ;

2° Un patient qui est (présupposé être) infecté ou a été infecté par le virus COVID-19 et qui est renvoyé à un des lieux mentionnés ci-dessus à partir d'un centre de triage et de prélèvement ou d'une structure de soins intermédiaires ;

3° Un patient qui est (présupposé être) infecté ou a été infecté par le virus COVID-19 et qui retourne vers un des lieux mentionnés ci-dessus après sa sortie de l'hôpital ;

4° Un patient pour lequel le réseau de soins habituel a été perdu en raison des mesures COVID19 et pour lequel l'infirmier est invité à vérifier régulièrement les paramètres importants et à surveiller l'état de santé général.

§ 2. Par domicile, on entend le domicile ou la résidence du bénéficiaire selon l'article 8, § 1^{er}, 1° de la nomenclature.

Par domicile week-end ou jour férié, on entend le domicile ou à la résidence du bénéficiaire durant le week-end ou un jour férié selon l'article 8, § 1, 2° de la nomenclature.

Par maison de convalescence on entend maison de convalescence selon l'article 8, § 1, 3° de la nomenclature.

Par domicile ou résidence communautaires de personnes handicapées, on entend le domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées selon l'article 8, § 1, 3°bis de la nomenclature.

Art. 59. § 1^{er}. Les règles d'application relatives aux prestations visées à l'article 57, § 1^{er}, sont les suivantes :

1° elles doivent être prescrites par un médecin : en cas d'urgence, il peut s'agir d'une prescription médicale formulée oralement avec confirmation écrite du médecin dans les six mois qui suivent le début des soins ;

2° elles ne peuvent être attestées qu'une fois par jour de soins et comprennent au moins une visite au patient au cours de cette journée. Une prestation de base peut être attestée une fois par jour ;

3° elles ne peuvent être cumulées le même jour avec un forfait de soins A, B, C, PA, PB, PC ou PP ou avec d'autres prestations techniques de soins infirmiers. Elles peuvent toutefois être combinées avec des prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ;

4° elles ne peuvent être cumulées le même jour avec des prestations de soins infirmiers attestées dans le cadre d'un centre de soins intermédiaires ;

5° elles peuvent être cumulées avec la pseudocode 418913 pour les prestations fournies au domicile ou à la résidence du bénéficiaire dans certaines communes rurales ;

6° elles sont soumises aux dispositions de l'article 8, paragraphe 3, de la nomenclature des prestations de santé ;

7° elles sont incluses dans le calcul du plafond journalier prévu à l'article 8, § 4, 6° de la nomenclature susvisée ;

8° elles ne peuvent être dispensées et facturées que par un infirmier gradué ou assimilé, une sage-femme ou un infirmier breveté.

§ 2. Les problématiques liées au COVID-19 sont documentées dans le dossier infirmier du patient, notamment le contenu de la prescription.

De documentatie bedoeld in het eerste lid moet op eenvoudige vraag worden voorgelegd aan de adviserend arts van het ziekenfonds van de patiënt of aan de bevoegde controlediensten.

De verpleegkundige moet minimum éénmaal per week rapporteren aan de behandelende arts. Dit kan in een patiëntenbespreking, telefonisch of elektronisch. De neerslag van deze rapportering moet in het verpleegdossier worden opgenomen.

Art. 60. Er is geen persoonlijk aandeel verschuldigd door de rechthebbers voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 57, § 1.

Art. 61. Er mogen geen ereloon-supplementen worden aangerekend, zelfs niet indien de verpleegkundige niet geconventioneerd is.

HOOFDSTUK 2. — *Valorisatie van verpleegkundige zorgen tijdens de COVID-19-maatregelen : kosten en gebruik van beschermingsmateriaal*

Art. 62. In het kader van de strijd tegen de COVID-19 pandemie legt dit besluit een bijkomend bedrag vast dat kan worden toegevoegd aan bepaalde verpleegkundige verstrekkingen om de aankoop en het gebruik te vergoeden van materiaal dat nodig is om een adequate bescherming van patiënt en zorgverlener te garanderen.

Art. 63. § 1. Het bijkomend bedrag bedoeld in artikel 62 wordt aangerekend via een pseudocode die maximum eenmaal per verstrekking bijkomend geattesteerd kan worden bij :

1° de verstrekkingen 425014, 425036, 425051, 425412, 425434, 425456, 425810, 425832, 425854, 427696, 427711 en 427733;

2° forfaitaire honoraria voor zwaar zorgafhankelijke patiënten (A, B en C) 425272, 425294, 425316, 425670, 425692, 425714, 426075, 426090, 426112, 429096, 429111 en 429133;

3° forfaitaire honoraria voor palliatieve patiënten (PA, PB, PC en PP) 427011, 427033, 427055, 427173, 427070, 427092, 427114, 427136, 427195 en 427151.

§ 2. De pseudocodes bedoeld in § 1 zijn de volgende

419252 Bijkomend bedrag in aanvulling op een basisverstrekking/forfait PP (W 0,554)

419274 Bijkomend bedrag in aanvulling op een forfait A/forfait PA (W 0,637)

419296 Bijkomend bedrag in aanvulling op een forfait B/forfait PB (W 0,776)

419311 Bijkomend bedrag in aanvulling op een forfait C/forfait PC (W 1,109)

§ 3 De pseudocodes bedoeld in § 1 zijn dezelfde voor de week, het weekeinde en een feestdag en zijn van toepassing op de volgende plaatsen van verstrekking :

1° in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende overeenkomstig artikel 8, § 1, 1° van de bovenvermelde nomenclatuur;

2° in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekeinde of op een feestdag overeenkomstig art. 8, § 1, 2° van de bovenvermelde nomenclatuur;

3° in een hersteloord overeenkomstig artikel 8, § 1, 3° van de bovenvermelde nomenclatuur;

4° in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden overeenkomstig artikel 8, § 1, 3°bis van de bovenvermelde nomenclatuur.

La documentation visée à l'alinéa 1^{er} est présentée sur simple demande au médecin-conseil de la mutualité du patient ou aux services de contrôle compétents.

L'infirmier présente au moins une fois par semaine un rapport au médecin traitant. Cela peut se faire lors d'une réunion liée aux patients, par téléphone ou par voie électronique. Le compte rendu de ce rapport doit être inclus dans le dossier infirmier.

Art. 60. Aucune intervention personnelle n'est due par les bénéficiaires des prestations visées à l'article 57, § 1^{er}.

Art. 61. Aucun supplément ne peut être facturé, y compris si le praticien de l'art infirmier est non conventionné.

CHAPITRE 2. — *De la valorisation des soins infirmiers pendant les mesures COVID-19 : coût et utilisation du matériel de protection*

Art. 62. Dans le cadre de la lutte contre la pandémie du COVID-19, un montant supplémentaire peut être ajouté à certaines prestations de soins infirmiers afin de prendre en charge l'achat et l'utilisation d'équipements nécessaires pour assurer une protection adéquate du patient et du prestataire de soins.

Art. 63. § 1^{er}. Le montant supplémentaire visé à l'article 62 est facturé au moyen d'un pseudocode qui peut être attesté une fois maximum par prestation complémentarément :

1° aux prestations 425014, 425036, 425051, 425412, 425434, 425456, 425810, 425832, 425854, 427696, 427711 et 427733 ;

2° aux honoraires forfaitaires pour les patients lourdement dépendants (A, B et C) 425272, 425294, 425316, 425670, 425692, 425714, 426075, 426090, 426112, 429096, 429111 et 429133 ;

3° à un honoraire forfaitaire pour les patients palliatifs (PA, PB, PC et PP) 427011, 427033, 427055, 427173, 427070, 427092, 427114, 427136, 427195 et 427151.

§ 2 Les pseudocodes visés au § 1^{er} sont les suivants :

419252 Montant complémentaire à la prestation de base/forfait PP (W 0,554)

419274 Montant complémentaire au forfait A/forfait PA (W 0,637)

419296 Montant complémentaire au forfait B/forfait PB (W 0,776)

419311 Montant complémentaire au forfait C/forfait PC (W 1,109)

§ 3. Les pseudocodes visés au § 1^{er} sont les mêmes pour la semaine, le week-end et un jour férié et s'appliquent aux lieux de prestation suivantes :

1° au domicile ou à la résidence du bénéficiaire selon l'article 8, § 1^{er}, 1 de la nomenclature susvisée ;

2° au domicile ou à la résidence du bénéficiaire durant le week-end ou un jour férié selon l'article 8, § 1^{er}, 2° de la nomenclature susvisée ;

3° dans une maison de convalescence selon l'article 8, § 1^{er}, 3° de la nomenclature susvisée ;

4° au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées selon l'article 8, § 1^{er}, 3°bis de la nomenclature susvisée.

§ 4. De pseudocode 419252 kan enkel bijkomend geattesteerd worden bij de verstrekkingen 425014, 425036, 425051, 425412, 425434, 425456, 425810, 425832, 425854, 427696, 427711, 427733, 427173 en 427195;

De pseudocode 419274 kan enkel bijkomend geattesteerd worden bij de verstrekkingen 425272, 425670, 426075, 429096, 427055 en 427136;

De pseudocode 419296 kan enkel bijkomend geattesteerd worden bij de verstrekkingen 425294, 425692, 426090, 429111, 427033 en 427114;

De pseudocode 419311 kan enkel bijkomend geattesteerd worden bij de verstrekkingen 425316, 425714, 426112, 429133, 427011 en 427092.

§ 5. De pseudocodes bedoeld in § 1 worden niet meegenomen in de berekening van het dagplafond dat is vastgelegd in art. 8, § 4, 6° van de bovenvermelde nomenclatuur.

Art. 64. Er is geen persoonlijk aandeel verschuldigd door de rechthebbers voor de bijkomende vergoedingen bedoeld in artikel 62.

TITEL 6. — LABO TESTEN

Art. 65. In het kader van de strijd tegen de COVID-19 pandemie legt dit besluit:

1° de terugbetaling vast van testen van klinische biologie met het oog op het opsporen van het SARS-CoV-2 virus en met het oog op het opsporen van antigenen van en antilichamen tegen het voornoemde virus;

2° de bedragen vast van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden;

3° een verbod op ereloonsupplementen op;

4° een verbod op voor het aanrekenen van testen die niet voldoen aan de toepassingsvoorwaarden aan patiënten;

5° een tijdelijk verbod op voor het aanrekenen van serologische testen.

Art. 66. § 1. De testen van klinische biologie die voor vergoeding in aanmerking komen worden aangeduid met een rangnummer vóór de omschrijving van de verstrekking. De omschrijving van elke verstrekking wordt gevolgd door de sleutelletter B. Die sleutelletter komt vóór een coëfficiëntgetal dat de betrekkelijke waarde van elke verstrekking aangeeft.

Om het tarief te bepalen wordt de B-waarde van artikel 24bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gebruikt: 0.033434 euro.

De sleutelletter is een teken waarvan de waarde in euro bij overeenkomst wordt bepaald.

§ 2. Testen van klinische biologie

1° Moleculaire test

554934-554945 - Opsporen van minstens het SARS-CoV-2-virus door middel van een techniek van moleculaire amplificatie B1400

2° Antigentest

554956-554960 - Opsporen van antigenen van het SARS-CoV-2-virus B500

§ 3. Toepassingsregels:

De verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 kunnen enkel worden aangerekend in het kader van de COVID-19-pandemie, voor de indicaties die op het moment van de staalafname binnen de testrichtlijnen vallen, gepubliceerd op de website van Sciensano of uitzonderlijk indien er een duidelijk aantoonbare klinische noodzaak is bij risicopatiënten. Risicopatiënten zijn patiënten die tot één van volgende groepen behoren:

- met immuunsuppressie of maligniteit;
- met een leeftijd ouder dan 65 jaar;
- met ernstig chronisch long-, hart- of nierlijden,

§ 4. Le pseudocode 419252 peut uniquement être attesté en complément des prestations 425014, 425036, 425051, 425412, 425434, 425456, 425810, 425832, 425854, 427696, 427711, 427733, 427173 et 427195 ;

Le pseudocode 419274 peut uniquement être attesté en complément des prestations 425272, 425670, 426075, 429096, 427055 et 427136 ;

Le pseudocode 419296 peut uniquement être attesté en complément des prestations 425294, 425692, 426090, 429111, 427033 et 427114 ;

Le pseudocode 419311 peut uniquement être attesté en complément des prestations 425316, 425714, 426112, 429133, 427011 et 427092.

§ 5. Les pseudocodes visés au § 1^{er} ne sont pas inclus dans le calcul du plafond journalier prévu à l'article 8, § 4, 6° de la nomenclature susvisée.

Art. 64. Aucune intervention personnelle n'est due par les titulaires de droits pour les compensations supplémentaires visées à l'article 62.

TITRE 6. — TESTS DE LABORATOIRE

Art. 65. Dans le cadre de la lutte contre la pandémie COVID-19, le présent arrêté :

1° fixe le remboursement des tests de biologie clinique en vue de la détection du SARS-CoV-2 et en vue de la détection des antigènes et des anticorps contre le virus susmentionné ;

2° fixe les montants de l'intervention personnelle des bénéficiaires ;

3° interdit les suppléments d'honoraires ;

4° interdit de porter en compte aux patients les tests qui ne répondent pas aux conditions d'application ;

5° interdit temporairement de porter en compte des tests sérologiques.

Art. 66. § 1^{er}. Les tests de biologie clinique admissibles au remboursement sont désignés par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation. Le libellé de chaque prestation est suivi de la lettre-clé B. Cette lettre-clé est suivie d'un nombre-coefficient qui exprime la valeur relative de chaque prestation.

Pour déterminer le tarif, la valeur de la lettre B de l'article 24bis de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est utilisée : 0.033434 euro.

La lettre-clé est un signe dont la valeur en euro est fixée conventionnellement.

§ 2. Tests de biologie clinique

1° Test moléculaire

554934-554945 - Dépistage au moins du virus SARS-CoV-2 au moyen d'une technique d'amplification moléculaire B1400

2° Test antigènes

554956-554960 - Détection d'antigènes du virus SARS-CoV-2 B500

§ 3. Règles d'application

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent uniquement être portées en compte dans le cadre de la pandémie COVID-19, pour les indications qui, au moment du prélèvement de l'échantillon, s'inscrivent dans les directives concernant les tests, publiées sur le site web de Sciensano ou exceptionnellement s'il existe un besoin clinique clairement démontrable chez les patients à risque. Les patients à risque sont les patients qui appartiennent à un des groupes suivants :

- avec immunosuppression ou pathologie maligne ;
- âgé de plus de 65 ans ;
- avec pathologie chronique sévère du cœur, poumon, rein ;

- met een cardiovasculaire ziekte, arteriële hypertensie of diabetes.

De verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 kunnen enkel worden aangerekend als bij het staal een aanvraagformulier wordt gevoegd, dat tenminste de volgende informatie bevat met betrekking tot de klinische omstandigheden waarin de test wordt aangevraagd:

- identificatie patiënt en voorschrijver;

- aangevraagde test;

- of de test gebeurt binnen de testrichtlijnen die op het moment van de staalafname wordt gepubliceerd op de website van Sciensano;

- of de test uitzonderlijk gebeurt bij duidelijk aantoonbare klinische noodzaak bij risicopatiënten.

De voorschrijvende arts noteert de klinische omstandigheden in het medisch dossier (symptomen, ernst en begin van de symptomen, relevante antecedenten, reeds uitgevoerde onderzoeken, contact met besmette personen).

Het aanvraagformulier moet bewaard worden onder elektronische vorm door het uitvoerend laboratorium.

De verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 kunnen enkel worden aangerekend indien ze uitgevoerd worden in een laboratorium dat op de moment van de staalafname voorkomt op de lijst van Sciensano inzake de kwaliteitsbewaking, veiligheidsnormen en noodzakelijke epidemiologische informatiedoorstroming vanuit de uitvoerende laboratoria.

De verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 worden als verstrekkingen beschouwd waarvoor de bekwaamheid van specialist voor klinische biologie vereist is.

Voor de periode van 1 maart tot en met 22 april kunnen de verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 elk maximum 2 keer per rechthebbende worden aangerekend.

Het honorarium voor de verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 omvat alle kosten die verbonden zijn met de test: het afnamemateriaal, apparatuur, reagentia, investeringskosten, kwaliteitsbewaking, personeelskosten, supervisie, beschermingsmateriaal, transportkosten, ...

De resultaten van de testen bedoeld in § 2 moeten worden gecommuniceerd aan de dienst Epidemiologie van Sciensano.

De verstrekking 554934-554945 kan niet worden aangerekend indien deze wordt uitgevoerd na een positief resultaat op een antigenetest via verstrekking 554956-554960.

De verstrekking 554956-554960 kan enkel worden aangerekend indien het type van testmateriaal werd goedgekeurd door het FAGG of Sciensano.

Als de antigenetest, bedoeld in § 2, 2°, een negatief of twijfelachtig resultaat oplevert, wordt een moleculaire test, bedoeld in § 2, 1° uitgevoerd.

De verstrekkingen 554934-554945 en 554956-554960 kunnen niet worden aangerekend voor de collectieve screening van asymptomatische bewoners van een residentiële collectiviteit (bv. woonzorgcentrum, verblijfscentrum voor personen met een handicap, opvangcentra, gevangenis, ...) georganiseerd door en met medewerking van de federale overheid en gefedereerde entiteiten.

§ 4. Onderaanneming

Indien een laboratorium dat de stalen ontvangt deze doorstuurt naar een ander laboratorium voor analyse, zal het uitvoerend laboratorium rapporteren, aanrekenen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en ook de aanvraagformulieren bewaren. De praktische modaliteiten tussen beide laboratoria worden onderling geregeld via een Service Level Agreement tussen beiden.

Art. 67. Er is geen persoonlijk aandeel verschuldigd door de rechthebbenden voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 66.

- avec maladie cardiovasculaire, diabète ou HTA.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent uniquement être portées en compte si un formulaire de demande est joint à l'échantillon, qui contient au moins les informations suivantes relatives aux circonstances cliniques dans lesquelles le test est demandé :

- identification du patient et du prescripteur ;

- test demandé ;

- si le test est effectué dans le cadre des directives concernant les tests qui sont publiées sur le site web de Sciensano au moment du prélèvement de l'échantillon ;

- si le test est effectué exceptionnellement en cas d'un besoin clinique clairement démontrable chez des patients à risque.

Le médecin prescripteur note les circonstances cliniques dans le dossier médical (les symptômes, la gravité et la date d'apparition des symptômes ; les antécédents pertinents; les examens déjà effectués ; les contacts avec des personnes infectées).

Le formulaire de demande doit être conservé sous format électronique par le laboratoire exécutant.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent uniquement être portées en compte si elles sont exécutées dans un laboratoire qui au moment du prélèvement de l'échantillon figure sur la liste établie par Sciensano en ce qui concerne le contrôle de la qualité, les normes de sécurité biologique et la communication d'informations épidémiologiques en provenance des laboratoires exécutant.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de spécialiste en biologie clinique.

À partir du 1 mars et jusqu'au 22 avril les prestations 554934-554945 et 554956-554960 peuvent chacune être portées en compte maximum 2 fois par bénéficiaire.

L'honoraire pour les prestations 554934-554945 et 554956-554960 inclut tous les coûts liés au test : le matériel de prélèvement, l'appareillage, les réactifs, les coûts d'investissement, le contrôle qualité, les frais de personnel, la supervision, le matériel de protection, les coûts de transport,...

Les résultats des tests visés au § 2 doivent être communiqués au service Epidemiologie de Sciensano.

La prestation 554934-554945 ne peut pas être portée en compte si elle est exécutée après un résultat positif au test antigène via la prestation 554956-554960.

La prestation 554956-554960 peut seulement être portée en compte si le type de matériel de test a été approuvé par l'AFMPS ou par Sciensano.

Si le test antigène visé au § 2, 2°, livre un résultat négatif ou douteux, un test moléculaire visé au § 2, 1°, est exécuté.

Les prestations 554934-554945 et 554956-554960 ne peuvent être portées en compte pour le dépistage collectif chez des résidents asymptomatiques dans une collectivité résidentielle (ex. : maisons de repos, maison de vie pour personnes handicapées, centre d'accueil pour jeunes, prisons,...) organisé par et avec la coopération du gouvernement fédéral et des entités fédérées.

§ 4. Soustraitance

Si un laboratoire qui reçoit les échantillons les envoie vers un autre laboratoire pour analyse, le laboratoire exécutant enverra le rapport, portera en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et conservera également les formulaires de demande. Les modalités pratiques entre les deux laboratoires sont réglées entre eux via un Service Level Agreement.

Art. 67. Aucun bénéficiaire n'est redevable d'une intervention personnelle pour les prestations visées à l'article 66.

Art. 68. Er mogen geen supplementen worden aangerekend aan de patiënt.

Art. 69. Indien er niet is voldaan aan de voorwaarden vermeld in artikel 66, § 3 kunnen de testen bedoeld in artikel 66, § 2 niet worden aangerekend aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, noch aan de patiënt.

Art. 70. Serologische testen

Voor de looptijd van de toepassing van het koninklijk besluit van 17 maart 2020 tot instelling van een verbod op de terbeschikkingstelling, de ingebruikname en het gebruik van snelle tests voor het meten of opsporen van antilichamen met betrekking tot het SARS-CoV-2-VIRUS, kan de opsporing van antilichamen tegen dit voorgenomen virus niet worden aangerekend via de verstrekkingen 552016-552020 of 551655-551666 uit artikel 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Uitgevoerde serologische testen voor de opsporing van antilichamen tegen het SARS-CoV-2-virus (IgM, IgG of IgA) kunnen tijdens deze periode niet aangerekend worden aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, noch aan de patiënten.

Vanaf de datum vastgesteld door de Koning kunnen voornoemde serologische testen onder de voorwaarden die Hij bepaalt, enkel aan de verzekering worden aangerekend voor de opsporingstesten die voorkomen op een lijst opgesteld door Sciensano en voor de doelgroepen die Hij bepaalt.

De vergoedingsbasis van deze testen stemt overeen met de waarde van 9,60 euro.

TITEL 7. — BESCHERMINGSMAATREGELEN

Art. 71. De Koning kan - voor de categorieën van zorgverleners die Hij aanduidt en onder de voorwaarden die Hij vaststelt - een tijdelijke financiële tussenkomst voorzien in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie.

Geen enkel bedrag kan aan de rechthebbende worden aangerekend door de zorgverleners voor wat betreft de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, ongeacht het conventiestatuut.

TITEL 8. — SLOTBEPALINGEN

Art. 72. De maatregelen die zijn vastgesteld bij dit besluit blijven van toepassing tot een door de Koning te bepalen datum. De Koning kan voor iedere maatregel een andere datum bepalen.

Art. 73. Het koninklijk besluit van 27 maart 2020 tot stopzetting van de kalenders die de termijnen bepalen voor de uitvoering van de procedures tot wijziging van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en van de lijst van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen ten gevolge van de pandemie COVID-19 wordt opgeheven.

Art. 74. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 maart 2020.

De artikelen 4 tot en met 29 van dit besluit hebben uitwerking met ingang van 14 maart 2020.

Artikel 51, § 5, treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum.

De artikelen 65 tot en met 70 hebben uitwerking met ingang van 1 maart 2020, met uitzondering van artikel 66, § 2, 2° dat uitwerking heeft met ingang van 1 april 2020.

Artikel 71 van dit besluit heeft uitwerking met ingang van 4 mei 2020.

Art. 75. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 13 mei 2020.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Art. 68. Aucun supplément ne peut être porté en compte au patient.

Art. 69. Si les conditions mentionnées à l'article 66, § 3, ne sont pas remplies, les tests visés à l'article 66, § 2 ne peuvent pas être portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé, ni au patient.

Art. 70. Tests sérologiques

Pour la durée d'application de l'arrêté royal du 17 mars 2020 interdisant la mise à disposition, la mise en service et l'utilisation des tests rapides de mesure ou de détection des anticorps liés au virus SARS-CoV-2, la détection d'anticorps contre le virus précité ne peut pas être portée en compte via les prestations 552016-552020 ou 551655-551666 de l'article 24 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les tests sérologiques exécutés pour la détection d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2 (IgM, IgG ou IgA) ne peuvent pas être portés en compte ni à l'assurance obligatoire soins de santé, ni au patient durant cette période.

A partir d'une date à fixer par le Roi et aux conditions qu'Il fixe, les tests sérologiques précités pourront seulement être portés en compte à l'assurance pour les tests de détection repris sur une liste dressée par Sciensano et pour les groupes cibles déterminés par Lui.

La base de remboursement de ces tests correspond à la valeur de 9,60 euros.

TITRE 7. — MESURES DE PROTECTION

Art. 71. Le Roi peut - pour les catégories de dispensateurs de soins qu'Il désigne et aux conditions qu'Il fixe - prévoir une intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

Aucun montant ne peut être facturé par le dispensateur de soins aux bénéficiaires, en ce qui concerne les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel, quel que soit le statut de conventionnement.

TITRE 8. — DISPOSITIONS FINALES

Art. 72. Les mesures fixées dans le présent arrêté restent d'application jusqu'à une date à fixer par le Roi. Le Roi peut fixer une date différente pour chaque mesure.

Art. 73. L'arrêté royal du 27 mars 2020 visant l'interruption des calendriers qui déterminent les délais pour l'exécution des procédures de modification de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs suite à la pandémie de COVID-19 est abrogé.

Art. 74. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} mars 2020.

Les articles 4 à 29 du présent arrêté produisent leurs effets le 14 mars 2020.

L'article 51, § 5, entre en vigueur à une date à fixer par le Roi.

Les articles 65 à 70 produisent leurs effets le 1^{er} mars 2020, à l'exception de l'article 66, § 2, 2°, qui produit ses effets à partir du 1^{er} avril 2020.

L'article 71 du présent arrêté produit ses effets le 4 mai 2020.

Art. 75. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 13 mai 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,
M. DE BLOCK